

LEITFADEN

DER

PSYCHIATRIE.

FÜR STUDIRENDE DER MEDICIN

VON

Dr. E. MENDEL,

A. O. PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT BERLIN.





STUTTGART.

VERLAG VON FERDINAND ENKE.

1902.

Druck der Union Deutsche Verlagsgesellschaft in Stuttgart.

Vorwort.

Die nächste Veranlassung zur Herausgabe dieses Leitfadens bildet die Einfügung der psychiatrischen Klinik unter diejenigen Kliniken, deren Besuch für den Studirenden der Medicin obligatorisch ist wie die Aufnahme der Irrenheilkunde unter die Prüfungsgegenstände für die Aerzte nach der Prüfungsordnung vom 28. Mai 1901.

Es besteht zwar in Deutschland ein Mangel an trefflichen Lehrbüchern der Psychiatrie nicht. Wer aber die thatsächlichen Verhältnisse der Studirenden wie der Examinanden berücksichtigt, wird zugeben müssen, dass jene Lehrbücher zu umfangreich sind, als dass sie den jungen Medicinern bei der Kürze der ihnen zugemessenen Zeit die nöthige Hilfe bieten könnten.

Mein Zweck ist, demjenigen, der die Klinik besucht, die Möglichkeit zu geben, den dort demonstrirten Fall in das Gesammtgebiet der Psychiatrie einzufügen und die Lücken, welche die Klinik in einer kurz begrenzten Zeit selbstverständlich lassen muss, auszufüllen.

Dass bei dieser Formulirung der Aufgabe des vorliegenden Leitfadens Krankengeschichten in denselben nicht aufzunehmen waren, ist selbstverständlich. Gilt im Uebrigen doch für die psychischen Krankheiten das in erhöhtem Maass, was für das Studium der Medicin überhaupt sicher ist: die trefflichsten Krankengeschichten sind nicht im Stande, demjenigen, welcher eine Krankheit kennen lernen will, ein wirkliches Bild derselben zu geben. Dies vermag allein der klinische Unterricht.

Ausgedehnte Literaturangaben gehören nicht in einen Leitfaden. Es erschien mir jedoch zweckmässig, auf monographische und sodann besonders auf solche Arbeiten, welche, in neuester Zeit erschienen, die Literatur des betreffenden speciellen Gegenstandes zusammengestellt haben, hinzuweisen, und dadurch dem Leser die Möglichkeit zu geben, sich ohne besondere Mühe in weiterem Umfange über eine specielle Frage zu unterrichten.

Die Anordnung des Stoffs, speciell auch die Eintheilung der Psychosen, hat sich mir in der Erfahrung einer 30jährigen Lehrthätigkeit in der Psychiatrie als praktisch brauchbar erwiesen.

Ist zwar meine Eintheilung der Psychosen durchaus nicht einwandsfrei, fehlt ihr wie allen anderen bisher bekannten Classificationen der Psychosen ein einheitliches Eintheilungsprincip, so ist es mir doch nicht zweifelhaft, dass es auf dem gewählten Wege möglich ist, ohne zu grosse Schwierigkeiten in der grossen Mehrzahl der Fälle eine Diagnose zu stellen, welche sodann über die klinische Bedeutung des einzelnen Falles weitere Auskunft giebt.

Berlin, im Juni 1902.

Dr. Mendel.

Inhaltsverzeichniss.

Erster Theil.

Allgemeine Psychiatrie.

A. Allgemeine Symptomatologie.

VIII. Die Störungen im Handeln.

IX. Die Störungen in der Sprache, der Schrift und dem Gesichtsausdruck.

X. Die krankhaften Störungen im körperlichen Zustand.

Zweiter Theil.

Die specielle Psychiatrie.

II. Functionelle Psychosen.

III. Die durch centrale Neurosen bedingten Psychosen.

Einleitung.

Die Geisteskrankheiten sind Krankheiten des Gehirns. Da die geistige Thätigkeit ihren Sitz in der Hirnrinde hat, kann man auch genauer sagen: Die Geisteskrankheiten sind Krankheiten der Hirnrinde.

Nicht alle Krankheiten der Hirnrinde rufen jedoch Geisteskrankheit hervor; viele Heerdkrankheiten derselben verlaufen ohne Geisteskrankheit; zur Entwickelung der letzteren ist eine diffuse Störung in der Function der Hirnrinde nothwendig; die Geisteskrankheiten stellen demnach diffuse Erkrankungen der Hirnrinde dar.

Welcher Art die pathologischen Vorgänge sind, welche zu einer geistigen Störung, zu einer Wahnvorstellung führen, ist uns ebenso unbekannt, wie der physiologische Process, welcher das normale Denken bedingt. Das, was man als Erklärung öfter ausgiebt, ist lediglich eine Umschreibung der Thatsachen.

Da uns eine Physiologie der geistigen Vorgänge demnach zur Zeit noch fehlt, werden wir der althergebrachten psychologischen Begriffe nicht entbehren können, um uns über gewisse Thatsachen zu verständigen.

Den Ausgangspunkt für die Entwicklung jeder geistigen Thätigkeit bildet die Sinnesempfindung. Sie ist eine subjective, soweit sie vermittelt wird durch den Zustand des eigenen Körpers, eine objective, soweit sie uns über die Verhältnisse der Aussenwelt Bericht giebt.

Die Sinnesempfindungen haben eine bestimmte Localisation in der Hirnrinde; der Gesichtssinn hat sein Centrum in der Rinde des Hinterhauptslappens in der Umgebung der Fissura calcarina, der Gehörssinn im Gyr. sup. des Lob. temporalis, Geruchs- und Geschmackssinn im Lobus falciformis, die Muskelgefühle wahrscheinlich in den Centralwindungen und im Lob. parietalis superior. Wir stellen uns vor, dass jede Sinnesempfindung, wenn sie von einer gewissen Stärke ist, in den betreffenden Nervenzellen eine moleculare Veränderung hervorruft, welche die Möglichkeit einer Reproduction, d. h. einer Wiedererweckung durch einen inneren Vorgang giebt.

Diese Reproductionsfähigkeit heisst das Gedächtniss der Sinne. Entsprechend der soeben erörterten Localisation der Sinnescentren hat jeder Sinn sein eigenes Gedächtniss. Aus den Sinnesempfindungen entwickelt sich die Sinneswahrnehmung, welche bereits einen äusserst complicirten Process in der Hirnrinde darstellt.

Ich empfinde das Licht, welches von einem Stern ausgeht. Um einen Stern wahrzunehmen, d. h. um jenes Licht als das von einem Stern hervorgerufene zu erkennen, gehört zu jener Lichtempfindung die Thatsache, dass ich, um das Licht zu empfinden, mein Auge nach oben bewegt, den Kopf nach hinten gebeugt habe, dass der Körper, von dem das Licht ausgeht, klein ist, sich in unendlicher Ferne befindet.

jenigen, welche die Thätigkeit des Denkens und die aus demselben hervorgehenden Urtheile begleiten.

Zu den letzteren gehören:

1. Die ethischen Gefühle (gut und böse). Wir unterscheiden egoistische und altruistische Gefühle: Während die ersteren, angeboren, Lustgefühl bei der Förderung der eigenen Interessen, Unlustgefühl bei der Behinderung derselben darstellen, sind die letzteren Product der Erziehung, und gipfeln in dem Interesse für die Mitmenschen, welches sie dem eigenen gleichsetzen, unter Umständen höher stellen. Zu diesen altruistischen Gefühlen gehören die Gefühle der Freundschaft, des Mitleids u. s. w. (sociale Gefühle).

2. Die religiösen Gefühle: Frömmigkeit und Versündigung als Gegensatz.

3. Die ästhetischen Gefühle: „schön" und „hässlich", „erhaben" und „niedrig".

4. Die logischen oder intellektuellen Gefühle: Gefühl der Lust, wenn die geistige Arbeit sich schnell und ohne Hemmung vollzieht, Gefühl der Unlust beim Gegentheil, Unlustgefühl beim Zweifel u. s. w.

Sinneswahrnehmung, Denken, Reproductionskraft, Gefühle sind die Grundlagen der geistigen Thätigkeit, die primären Fähigkeiten des Organs der Psyche.

Die Summe aller im Augenblick vorhandenen sinnlichen Wahrnehmungen, Denkvorstellungen und deren Producte wie der früher vorhanden gewesenen und reproducirbaren ist das Bewusstsein, die Summe der Gefühle, welche mit dem Inhalte des Bewusstseins verbunden ist, bezeichnen wir als Gemüth.

Ist in dem Bewusstsein augenblicklich eine bestimmte Wahrnehmung oder eine bestimmte Vorstellung von ganz besonderer Macht herrschend, weckt sie dadurch die sich ihr associirenden und drängt die anderen, fremden zurück, so spricht man von Aufmerksamkeit nach einer bestimmten Richtung; in ähnlicher Weise stellt die Gemüthsstimmung eine augenblickliche Lage des Gemüthes dar.

Unter Affect versteht man die plötzliche, durch äussere oder innere Einflüsse hervorgebrachte Aenderung der Gemüthslage, welche mit heftiger Erschütterung des Bewusstseins verbunden ist, damit eine Störung im Ablaufe der Vorstellungen, vorübergehende Verrückung des inneren Gleichgewichts und der Besonnenheit, setzt und nicht selten dadurch auch abnorme Handlungen nach sich zieht.

Die Krönung des Gebäudes unserer psychischen Thätigkeit bildet die Entwicklung des Selbstbewusstseins. Das Bewusstsein der eigenen Persönlichkeit in Verbindung und im Gegensatz zur Aussenwelt und die Wahrnehmung der Continuität dieses Verhältnisses stellt das Ich dar.

Wie aus den Vorstellungen der Begriff, so entwickelt sich aus den reproducirten und immer neu sich gestaltenden Bewusstseinsinhalten, indem das Wesentliche, regelmässig Vorkommende, Constante das Unwesentliche, Zufällige und Veränderliche zurückdrängt, der Begriff des Ichs.

Neben Sinneswahrnehmungen, Vorstellen und Fühlen und der Reproductionsfähigkeit dieser Vorgänge giebt es eine primäre Function der Psyche, welche man als Wille bezeichnen könnte, nicht. Die sogenannten willkürlichen Handlungen, welche man aus dem Willen hergeleitet hat, gehen aus dem Endschluss einer Reihe von Vorstellungen hervor, welche zum Theil auf Vollziehung einer Handlung (associirende), zum Theil auf Unterlassung derselben (contrastirende) gerichtet sind.

Der zwischen dem inneren oder dem äusseren Reiz, welcher den Anstoss zur Vollziehung einer Handlung giebt, und der Bewegung, welche jene auslöst, sich entwickelnde Associationsprocess heisst Ueberlegung. In

dem Kampfe der Vorstellungen entscheidet schliesslich die grössere oder geringere Macht der zur Handlung drängenden oder die Unterlassung derselben fordernden, wobei auf der einen Seite vorhandene Gewohnheiten, ausgeschliffene Bahnen, die Begriffe des Ich, auf der anderen Seite plötzlich eindringende Sinneswahrnehmungen und Denkvorstellungen mit den sie begleitenden Gefühlen von besonderer Bedeutung sind.

Der Wille ist „eine aus Vorstellungen geborene und Vorstellungen erzeugende Vorstellung von besonderer Accentuirung".

Ein Theil der anscheinend willkürlichen Handlungen zeigt sich bei genauerer Analyse als ein durch Sinneswahrnehmungen hervorgerufener, in ausgeschliffenen Bahnen auf den motorischen Apparat sich übertragender Reflex.

Eine Reihe anderer Handlungen werden durch Triebe vermittelt. Diese sind auf Befriedigung drängende heftige sinnliche Gefühle, welche mit ihrer Befriedigung die Wiederherstellung eines inneren Gleichgewichts erstreben.

Reflectorisch, d. h. ausgelöst durch Erschütterungen des Bewusstseinsinhaltes ohne Zwischentritt von Denkvorstellungen, sind endlich auch die Handlungen im Affect. Die reflectorische Wirkung des Affects auf die motorischen Bahnen zeigt sich in dem Verlauf desselben. Nacheinander werden ergriffen die Bahnen des Oculomotorius (hervortretende Augen, Veränderung der Augenstellung), des Trigeminus (Knirschen mit den Zähnen), des Facialis (krampfhafter Gesichtsausdruck), des Vagus (Herzklopfen) u. s. w.

Die Erörterung der krankhaften Störungen der Geistesthätigkeit wird demnach zu behandeln haben:

I. die Störungen der Sinnesempfindung und Sinneswahrnehmung,
II. die Störungen des Denkens,
III. die Störungen der Reproductionsfähigkeit,
IV. die Störungen der jene psychischen Vorgänge begleitenden Gefühle.

Aus jenen Störungen müssen sich dann von selbst ergeben die Störungen des Bewusstseins, des Selbstbewusstseins und des Handelns.

Erster Theil.

Allgemeine Psychiatrie.

A. Allgemeine Symptomatologie.

I. Die Störungen der Sinnesempfindung und Sinneswahrnehmung.

Dieselben können ihren Ausgangspunkt in Erkrankungen des peripherischen Endapparats, der sensiblen Leitung oder des corticalen Centrums der Empfindung nehmen. Die Störung der Function kann in Hyperästhesie, Parästhesie oder Anästhesie (Hypästhesie) bestehen.

1. Hyperästhesieen und Parästhesieen, ausgehend von Erkrankung des peripherischen Endapparats und der sensiblen Leitung.

Die ausführliche Erörterung dieser Vorgänge ist Aufgabe der speciellen Pathologie des Nervensystems. An dieser Stelle sollen nur jene Thatsachen besonders hervorgehoben werden, welche bei Geisteskrankheiten von klinischer, zuweilen auch therapeutischer Bedeutung sein können. Dahin gehört der hyperästhetische Zustand im Opticus, welcher durch Glaskörpertrübungen, Chorioiditis, Neuritis optica u. s. w. hervorgerufen wird und als Lichterscheinung (Sterne, Blitze, Photopsie), als Sehen von feurigen und farbigen Nebeln sich kundgiebt (entoptische Erscheinungen).

Im Gehörssinn kommen entotische Erscheinungen als Sausen, Zischen, Pfeifen, Lärmen vor, welche durch Furunculosis oder Cerumenanhäufung im äusseren Gehörgang, durch Autoperception des Nonnengeräusches bei Chlorotischen, durch Erweiterung des Bulbus venae jugularis, durch Atherosis der Arterienwände (besonders häufig im Beginn der Dementia senilis) entstehen können.

Durch Zungenbelag und Zersetzung desselben besonders bei mangelnder Nahrungsaufnahme können faulige und widrige Geschmacksempfindungen (Psychosen mit Nahrungsverweigerung) hervorgerufen werden. Endlich erzeugen Neuritiden parästhetische Empfindungen der Haut, Kribbeln, Ameisenkriechen (Tabes, Alkoholismus, Diabetes u. s. w.).

All die genannten Störungen können bei Geisteskranken der Ausgangspunkt für die Auslösung von Hallucinationen sein. Sie geben nicht selten nach ihrer Localisation und Beschaffenheit den Wahnvorstellungen einen speciellen Inhalt.

2. Hyperästhesieen der corticalen Sinnescentren und ihrer Associationsbahnen.

Bekannt ist aus der Neuropathologie die gesteigerte Erregbarkeit der corticalen Sinnescentren bei der Hysterie. Es trifft diese gesteigerte Erregbarkeit Gesicht, Gehör, Geruch, Geschmack, und ebenso werden der Hautsinn wie die Bewegungsgefühle getroffen. Gesteigerte Reizbarkeit, besonders des Gesichts und Gehörs, findet sich häufig bei Melancholischen, jeder Lichteindruck, jedes Geräusch thut ihnen weh. Die gesteigerte Reizbarkeit der Bewegungsgefühle zeichnet die manischen Zustände aus.

Als eine Folge gesteigerter Erregbarkeit sind die sogenannten Nachempfindungen zu bezeichnen: eine einmal durch einen äusseren Eindruck gesetzte Erregung bleibt stundenlang bestehen (Newton sah die Sonne, welche er vorher fixirt hatte, im dunklen Zimmer noch lange in lebhaftem Glanz; einer meiner Kranken hörte stundenlang das Glockenläuten, vor dem er geflüchtet und das längst aus seinem Bereich geschwunden war). Solche Nachempfindungen werden bei gewissen Intoxicationspsychosen (Haschisch), bei hysterischen Psychosen und bei der Melancholie beobachtet, bei welch letzterer sie besonders die Angst steigern können.

In die Reihe der hyperästhetischen Zustände gehört auch die leichte Ansprechbarkeit der die Sinnescentren verbindenden Associationsfasern, welche die sogenannte secundäre Sinnesempfindung[1]) (Mitempfindung, Doppelempfindung) bedingen. Mit einer Gehörstäuschung tritt gleichzeitig eine Farbenempfindung auf (Audition colorée, Schallphotismen), wobei in der Regel hohe Töne helle, tiefe Töne dunkle Farben hervorrufen. Manchmal verbinden sich Farbenwahrnehmungen mit dem Anblick bestimmter Ziffern, Buchstaben u. s. w. (Pseudochromästhesie).

Geruchs- und Geschmackseindrücke können ebenfalls bestimmte Farben (beim Trinken von sauren Dingen blaue Farbe oder auch beim Trinken von Essig rothe Farbe) hervorrufen (Geruchs- und Geschmacksphotismen, Olfaction und Gustation colorée).

Selten werden Geräusche bei Lichteindrücken empfunden (Lichtphonismen). Dagegen bemerkte Köppe bei sich Geruchsphonismen (Harzgeruch beim Pfeifen einer Melodie).

---

[1]) Köppe, Deutsche med. Wochenschrift 1899, Nr. 35.

Oefter verbinden sich Gesichtswahrnehmungen mit dunklen Bewegungsgefühlen, wie z. B. beim Herabblicken von grosser Höhe Parästhesieen in den Beinen auftreten.

Solche secundäre Sinnesempfindungen werden bei Gesunden, bei Neurasthenikern, bei hysterischen Psychosen, bei Melancholikern, auch bei paranoischen Zuständen beobachtet. In den Rahmen jener secundären Sinnesempfindungen gehören auch jene Beobachtungen, bei denen Kranke beim Anblick gewisser Personen bestimmte Empfindungen an einer Stelle des Körpers, z. B. in der Magengegend oder in der Zunge bekommen.

Endlich bedingt die Hyperästhesie der Sinnescentren im Wesentlichen die sogenannten hypochondrischen Empfindungen.

Es kann nicht zweifelhaft sein, dass auch die inneren Organe ebenso wie die Sinnesapparate und die Extremitäten ihre centrale Projection haben, d. h. dass jedes Organ sein Spiegelbild im Hirn besitzt. Eine Localisation für diese Centren besitzen wir zur Zeit nicht. Möglich ist es, dass sie einen subcorticalen Sitz haben, vielleicht in einem der grossen Ganglien. So lange die körperlichen Organe im normalen Zustand sich befinden, erfahren wir von ihnen nichts, wir fühlen weder unser Herz noch unsere Leber u. s. w. Eine besondere Erregung, ein krankhafter Zustand des betreffenden Organs bringt uns durch den Reiz, der centripetal nach dem Centrum geleitet wird, die Störung zum Bewusstsein, wir fühlen das erkrankte Organ.

Eine Hyperästhesie des erkrankten Centrums kann nach dem Gesetz der excentrischen Empfindung bei normaler Beschaffenheit der erkrankten Organe die verschiedensten Sensationen in demselben erzeugen: Anomalie der subjectiven Sinnesempfindung, hypochondrische Empfindungen.

Bei der bisherigen Schilderung der Hyperästhesie der Sinnescentren handelte es sich nur um einfache, der specifischen physiologischen Energie des Nerven adäquate Erscheinungen. Bei Hyperästhesieen der Sinnescentren können sodann aber weiter centrale Vorgänge im Vorstellungsleben ausgelöst werden, welche zu complicirten Sinnesbildern führen. Wir bezeichnen dieselben mit dem Namen:

3. Hallucinationen[1]) oder Sinnestäuschungen.

Hierbei ist nicht bloss die Sinnesempfindung, sondern auch der complicirte Associationsvorgang, welchen wir mit dem Namen Sinnes-

[1]) Hallucinari kommt von alucus, ἀλολύζειν, ululari, her, welches onomatopoëtisch nach dem Heulen und Krächzen der Eulen gebildet ist. Wahrscheinlich hiess das Wort zuerst alucinari: sich verhalten wie die Vögel in der Nacht, schreien und heulen.

wahrnehmung bezeichneten, in den krankhaften Process hineingezogen.

Hallucinationen sind sinnliche Wahrnehmungen ohne ein vorhandenes äusseres Object[1]).

Sie kommen in allen Sinnen vor.

Die Hallucinationen im Gesicht können einfacher, elementarer Natur sein und bilden als solche Uebergänge von den Reizerscheinungen im Gebiete des Opticus zu den Hallucinationen: Sehen von Blitzen, Regenbogenfarben, Feuersäulen, feurigen Rädern und anderes. Oder sie sind zusammengesetzter Natur: Thiergestalten, Ratten, Mäuse (Zoopsie), Menschengestalten, Verstorbene, Engel, Gott, ganze Aufzüge, Maskeraden, „Phantasmagorieen".

Bisweilen stellt das hallucinirte Bild die eigene Person dar („zweites Gesicht", „second sight"), auch als „Leiche" oder „durch den Weltraum fliegend" (öfter bei Epileptikern beobachtet, Goethe auf dem Rückwege von Sesenheim).

Meist haben die Bilder etwas Schattenhaftes, öfter erscheinen sie wie „Spiegelung", wie die Bilder einer „Laterna magica", entbehren damit der Tiefe, zuweilen sind sie aber hell und glänzend.

Manche Bilder erscheinen unbeweglich, immer an derselben Stelle und in derselben Weise (stabile Hallucinationen), andere ziehen an dem Beobachter vorbei, kommen auf ihn zu oder entfernen sich von ihm, werden kleiner und grösser (bewegte Hallucinationen bei manischen Zuständen, beim Delirium tremens).

Manche Kranke sehen alle Dinge ungewöhnlich gross (Makropsie), andere Alles sehr klein (Mikropsie).

Die Bewegung der hallucinirten Bilder wie ihre veränderte Grösse hängen in der Regel mit Hallucinationen des Muskelgefühls im Gebiete der inneren und äusseren Augenmuskeln zusammen.

Der Wahrnehmung eines hallucinirten Bildes in der Ferne entspricht nicht selten eine weite, der eines solchen in der Nähe eine enge Pupille des Kranken. Eine andere Verbindung von Gesichtshallucinationen mit Hallucinationen im Muskelgefühle (Schreibcentrum) besteht darin, dass der Kranke seine Gedanken auf der Wand, „in der Luft" schreiben oder geschrieben sieht (Photographie des Gedankens).

Die Gehörshallucinationen sind entweder elementarer (Ton a beim Componisten Schumann, Knallen, Schiessen, Wasserrauschen) oder complicirter Art: Hören einzelner Worte oder Sätze („Schuft", „Don Juan von der Wasserleitung", „du musst heirathen"), Reden einzelner oder mehrerer Personen, Männer, Frauen, Kinder, „ganzer Pöbelhaufen"; zuweilen werden auch verschiedene Sprachen gehört, nicht selten Reime oder ganze Verse. Die Stimmen werden häufig zuerst leise, entfernt, später sich nähernd deutlich wahrgenommen. Meist ist es eine Flüstersprache, zuweilen aber sind die Stimmen laut: „Trompetenstimme", „es wird mir ins Ohr hineingeschrieen".

In manchen Fällen antwortet der Kranke der gehörten Stimme, führt ein Zwiegespräch mit ihr.

Zuweilen werden die Gehörshallucinationen erst durch Gesichtshallucinationen hervorgerufen: der Kranke sieht einen Schatten, dieser fängt an zu sprechen.

Zu den Gehörshallucinationen gehört auch das Lautwerden der eigenen Gedanken[2]).

---

[1]) Mendel, Klin. Wochenschrift 1890, S. 578.

[2]) Cramer, Die Hallucinationen im Muskelsinn bei Geisteskranken. Freiburg 1889.

Zuerst ist es nur ein „Stichwort“ aus dem augenblicklichen Vorstellen, das dem Kranken zugerufen wird, z. B. bei dem Gedanken an den Vater „Vater“ oder bei dem Gedanken an den Tod „Tod“. Das Vernehmen solcher zuerst meist leise gehörter Worte ruft grosse Unruhe und Angst des Kranken über das Unerhörte und Entsetzliche, das ihm passirt, hervor. allmälig verarbeitet er den Vorgang im Sinne seines Wahnsystems, und erst dann entwickelt sich ein Zustand, bei welchem er jene Stichworte in eine Anrede kleidet, wie: „jetzt denkt er an seinen Vater“, „jetzt denkt er an seinen Tod“. Es ist ein „Echo des Gedankens“ da; man „zieht ihm die Gedanken ab“. Dabei zeigen sich zuweilen Sensationen an den Lippen, an der Zunge.

Zu trennen sind von diesem Gedankenlautwerden die Vorgänge, in welchen der Kranke aus den Mienen, Aeusserungen, Handlungen der Umgebung, aus Berichten in den Zeitungen u. s. w. zu dem Schluss sich berechtigt glaubt, dass seine innersten Gedanken bekannt geworden sind („Sie wissen es ja“). Hier handelt es sich um eine Verarbeitung von Wahrnehmungen im Sinne eines Wahnsystems. Hallucinationen im Haut- oder Organgefühl am Kopf (Gefühl „elektrisirt“, „magnetisirt“ zu werden) können den Kranken in der Ueberzeugung stützen, dass man ihm die Gedanken „abzieht“.

Bei dem Gedankenlautwerden kann man sich vorstellen, dass eine rückläufige Erregung vom Begriff aus das demselben zugehörige hyperästhetische acustische Bild erregt, und dieses als Hallucination erscheint. Es würde dies im Wesentlichen derselbe Process im Gehörssinn sein, welcher im Gesichtssinn als Vision bezeichnet wird: Gesichtshallucinationen, welche durch Vorstellungen hervorgerufen werden.

Rein erhält sich dieses Gedankenlautwerden öfter lange Zeit beim Lesen und Schreiben. Das gelesene oder geschriebene Wort, d. h. die mit demselben aufgenommene resp. zum Ausdruck zu bringende Vorstellung wird ausgerufen. „Ich kann nicht weiter schreiben, da jedes niedergeschriebene Wort, selbst ehe es noch niedergeschrieben ist, von einem Manne aus dem Garten laut ausgerufen und Allen mitgetheilt wird.“

Die Hallucinationen im Geschmack und Geruch, welche von den Illusionen in diesen Sinnen in der Regel nicht oder nur schwer zu trennen sind, haben meist unangenehmen Inhalt: der Kranke schmeckt „Asa foetida“, „Urin und Koth“, „Menschenfleisch“. Er riecht „Leichen“, „Schwefeldunst“, „Aas“, „Schweiss“. Angenehme Hallucinationen in diesen Sinnen kommen selten, dann besonders bei hysterischen Psychosen vor: „himmlische Süssigkeiten“, „Rosenöl“, „Patchouli.“

Von diesen Hallucinationen sind die hypochondrischen Wahnvorstellungen wohl zu unterscheiden, bei denen der Kranke sagt, dass ihm nach dem Essen übel geworden, dass er dadurch Durchfall, Schwindel u. s. w. bekommen habe und nun schliesst, dass „Gift“ im Essen gewesen sein müsse; geschmeckt oder gerochen hat er es aber — so erklärt er auf Befragen — nicht. Manche anscheinende Geschmackshallucinationen sind Hallucinationen des Tastgefühls der Zunge (Gefühl von „Stechen“, „Rauheit“, „Nadeln“, „Glassplitter“, „Haare“ in den Speisen).

Die Hallucinationen im Hautgefühl (cutane Hallucinationen) äussern sich als Gefühl von Pelzigsein, Ameisenkriechen, Kribbeln, Kitzeln, Bespritzen, Umherlaufen von Ratten, Schlangen auf dem Körper, Elektrisiren, Magnetisiren, als Stossen, Schlagen, Umlegen von Fesseln, als Fühlen von kleinen Körpern unter der Haut (cf. Cocainpsychosen).

Im Gebiet des Temperatursinns erscheinen Hallucinationen als Wahrnehmung von „Ueberfahren des Körpers mit einem kalten Schwamm“, „Auflegen einer kalten Hand auf die Stirn“, „eines Brenneisens auf den Leib“, „Begiessen mit kochendem Wasser“ u. s. w.

Die Hallucinationen im Muskelgefühl wurden, soweit sie den Muskelapparat des Auges betreffen, bereits bei den Gesichtshallucinationen erwähnt. Hallucinationen des Muskelgefühls des Sprachapparats (motorisches Sprachcentrum) können eine innere Sprache hervorbringen.

Der Kranke hört in sich Jemand sprechen. „Es besteht eine Gedankensprache“, „es gibt einen sechsten Sinn“, „es wird mir eine Sprache beigebracht.“ Dem Wahnsystem entsprechend wird die innere Sprache besonderen Personen zugeschoben: „Meyer spricht in mir“, „der Böse spricht in mir.“

Bei der weiteren Entwicklung eines solchen krankhaften Zustandes kann es zu einer Verdopplung oder auch selbst zu einer Dreitheilung der Persönlichkeit kommen: in dem Kopfe sprechen zwei feindliche Mächte, die dritte, welche unter dem Kampfe zu leiden hat, ist dann die erkrankte Person.

Der Vorgang des inneren Sprechens dürfte in folgender Weise zu deuten sein. Schon unter normalen Verhältnissen findet in der Regel mit dem Denken eine Erregung der motorischen Sprachbilder statt, welche häufig genug, besonders dann, wenn eine lebhafte Vorstellung uns beschäftigt, eine leichte Bewegung der Lippen, der Zunge u. s. w. veranlasst.

Unter krankhaften Verhältnissen kann der Erregungsvorgang, welcher vom Begriff durch das Klangcentrum zum Bewegungscentrum geht, rückläufig werden. Die primär erregten motorischen Wortbilder werden, durch das Klangcentrum geleitet, von dem Ich als Worte, welche in ihm gesprochen werden, gehört: es hört in sich sprechen.

Verbinden sich mit diesen Hallucinationen besondere Erregungszustände in den Centren der Organgefühle, so kann der Kranke den Eindruck bekommen, als ob die Sprache aus dem Magen, dem Unterleib, der Brust u. s. w. käme.

Kinästhetische Hallucinationen.

Die Tastgefühle der Haut, die centripetalen Erregungen der Gelenkflächen, der Sehnen und Muskeln vermitteln die Nachrichten über die Haltung unserer Glieder und ihre Bewegung (kinästhetische Gefühle).

Die krankhafte centrale Erregung dieser Empfindungen kann Hallucinationen hervorrufen. Die Kranken fühlen Schwanken, Schweben in der Luft, glauben sich in die Höhe gezogen oder in die Tiefe versenkt.

Daraus bekommen dann die Wahnvorstellungen den Inhalt, dass die Kranken meinen, auf dem Meere zu sein, fliegen zu können, in den Himmel erhoben oder unter die Erde versenkt zu sein.

Der Grad der Muskelspannung ist in der Norm von der Art und Intensität der centripetalen Erregungen abhängig. Die letzteren können aber ersetzt werden durch Hallucinationen in den kinästhetischen Gefühlen, und diese Hallucinationen sodann die Muskelspannungen bestimmen. Die katatonischen Spannungen sind meist auf solche Hallucinationen, welche mit oder ohne Wahnvorstellungen einhergehen können, zurückzuführen.

Hallucinationen der Organgefühle.

Wenn die hypochondrischen Empfindungen, wie oben angeführt, ihre Ursache in einer Hyperästhesie corticaler oder subcorticaler Centren des Organgefühls haben, so gestalten die Hallucinationen der Organgefühle

jene Empfindungen weiter aus, und mit den herrschenden Wahnvorstellungen in Uebereinstimmung wird dann geäussert: „der Kopf ist aus Glas", „der Magen ist herabgerutscht", „das Herz ist von seiner Stelle verrückt", „aus dem Rücken ist etwas herausgenommen", „vor dem After liegt ein Stein" u. s. w. In schweren Fällen und in der Regel in Verbindung mit anderweitigen Hallucinationen entsteht bei dem Kranken der Wahn, dass sein ganzer Körper umgewandelt, dass er in ein Thier, einen Wolf (Lykanthropie), einen Hund (Kynanthropie) metamorphosirt sei.

Die Hallucinationen im Sexualapparat, welche mit oder ohne Hallucinationen des Wollustgefühls einhergehen können, rufen bei Männern die Angabe hervor, dass ihnen Erectionen gemacht, dass ihnen der Samen abgezogen wird, beim weiblichen Geschlecht, dass unsichtbare Personen mit ihnen den Beischlaf vollziehen, dass man ihnen Vagina und Uterus herausreisse oder auch, dass ihr Leib zunehme, dass sie Kindesbewegungen fühlen u. s. w.

Die Verarbeitung sexueller Hallucinationen mit dem herrschenden Wahnsystem erzeugt die Succubi und Incubae (Männer oder Frauen, welche mit dem Teufel geschlechtlichen Umgang zu haben glauben).

Wenn eine Hallucination durch ein äusseres Object hervorgerufen wird und in dieses hineingelegt wird, spricht man von einer Illusion. Die Illusion ist demnach die sinnliche Wahrnehmung eines durch eine Hallucination veränderten äusseren Objects.

Illusionen kommen in allen Sinnen vor, im Gesichtssinn werden die Wolken, die Bäume, die Tapeten durch Hallucinationen umgestaltet, sie führen zuweilen zu dem Symptom der Personenverkennung: der Kranke glaubt Bekannte zu sehen oder sieht Bekannte in veränderter, hallucinirter Gestalt. Er sieht in dem Gesichtsausdruck der Umgebung oder Fremder Angst oder Abscheu (Melancholie, Paranoia): „Es kommt mir Alles so fremd vor."

Auch die Contouren des eigenen Körpers nehmen für den Kranken zuweilen eine andere Gestalt an, z. B. beim Blick in den Spiegel (hypochondrische Psychosen).

Der äussere Reiz für die Entstehung der Illusionen im Gesichtssinn liegt nicht selten im Auge: der Schatten, welchen die Blutgefässe des inneren Auges auf die Retina werfen, die auf der Retina befindlichen Nachbilder, Skotome (Alkoholisten), eine gebrochene Krystalllinse können den Reiz für die Entstehung von Illusionen, Sehen von Fliegen, Raupen u. s. w. geben.

Manche Kranke haben nur bei offenen, andere nur bei geschlossenen Augen Gesichtsillusionen.

Illusionen im Gehörssinn zeigen sich als Schimpfworte in dem Rauschen der Blätter, als Liebkosungen im Gesange der Vögel, als Hören verdächtigender und verletzender Worte in den unschuldigen Reden der Umgebung, in den Aeusserungen vorbeigehender fremder Personen.

Oefter werden Gehörsillusionen durch Erkrankung des peripherischen Endapparates angeregt (Cerumen, Otitis externa und interna u. s. w.). Es entstehen zuerst nur Geräusche, Klingen, Summen, welche im Ohr oder Kopf empfunden werden; dann werden diese als von aussen her kommend bezeichnet und endlich Stimmen hineingelegt.

Künstlich konnte Jolly durch elektrische Reizung des Acusticus derartige Illusionen hervorrufen. Dass Hallucinationen von Illusionen im Geschmack und Geruch mit Sicherheit selten zu trennen sind, wurde bereits gesagt. Erwähnt soll hier nur werden, dass einzelne Medicamente, wie

Santonin, Morphium, auch in Form von subcutanen Injectionen, Illusionen hervorrufen können.

Im Hautgefühl können Neuritiden, Berührung der Haut durch die Bettdecke, Falten in dieser oder im Hemd Illusionen hervorrufen, welche den Charakter der oben erwähnten Hallucinationen haben, auch als Gefühle, als ob Thiere, Flöhe, Schlangen u. s. w. sich auf der Haut bewegen, sich zeigen können.

In ähnlicher Weise können äussere Schädlichkeiten in den Muskeln oder im kinästhetischen Apparat den Reiz für Entstehung von Illusionen abgeben.

Ganz besonders häufig sind Illusionen im Organgefühl: Eine krankhafte Veränderung eines Organs bildet den Ausgangspunkt für die Täuschung. Zuweilen lässt die sorgfältigste Untersuchung eine solche Erkrankung nicht entdecken, und erst die Section stellt die Illusion fest. Ein Kranker behauptete, dass ihm am Rücken an einer bestimmten Stelle etwas aus dem Leib herausgeschnitten worden sei. Die Hallucination zeigte sich bei der Section als eine Illusion: an der entsprechenden Stelle fand sich ein Carcinom des Pankreas.

Wie an der Peripherie, so kann auch im Vorstellungsleben der Anreiz und Ausgangspunkt für die Erregung einer Hallucination liegen.

Bekannt sind die Erscheinungen der Vision: eine intensiv herrschende Vorstellung ruft ein derselben entsprechendes sinnliches Bild hervor (intensive Beschäftigung mit göttlichen Dingen: es erscheint ein Engel, Luthers Hallucination auf der Wartburg).

Es gibt gesunde Menschen, welche solche sinnliche Bilder sich hervorrufen können (Hallucinationes voluntariae), bei Psychosen, speciell bei hysterischen Psychosen, bei Alkoholisten, auch bei manischen Zuständen wird es öfter beobachtet. „Ich sehe, was ich will.“

Hallucinationen wie Illusionen können einseitig auftreten[1]). Es wird dies besonders im Gehörs- und Gesichtssinn beobachtet.

Vorzugsweise ist die Hallucination dann linksseitig.

Solche unilaterale Hallucinationen werden beobachtet bei hysterischen und epileptischen Psychosen („rothes Zahnrad“ auf dem linken Auge als Aura des epileptischen Anfalls, „Hahnenschrei“, „Thiergeheul“ auf der einen Seite bei Epileptikern, „Wacht am Rhein“ linksseitig bei einer hysterischen Psychose), öfter auch bei Alkoholismus.

Im Gesichtssinn gehen diese einseitigen Hallucinationen zuweilen mit Hemianopsie einher.

In all diesen Fällen, in welchen auf der nicht ergriffenen Seite normale Sinneswahrnehmung besteht, ist die sorgfältigste Untersuchung des peripherischen Apparates erforderlich, da es sich häufig um Illusionen handelt, welche von irgend einer krankhaften Veränderung in jenem Apparat ihren Ausgangspunkt nehmen.

Im Hautgefühl äussern sich einseitige Hallucinationen als Gefühl von Zupfen an einem Ohr, als das Gefühl von Danebenliegen einer zweiten Person an der hallucinirenden Seite.

---

[1]) Higier, Ueber unilaterale Hallucinationen. Wiener Klinik 1894: Robertson, Journal of mental science 1901, April.

Doppelseitige Hallucinationen können auf den beiden Seiten verschiedenen Inhalt haben (Hallucinations dédoublées).

Der Kranke hallucinirt vor dem einen Auge einen Mann, vor dem andern eine Frau, hört mit dem einen Ohr „Spitzbube", mit dem andern „Geliebter".

Eine Stimme räth dem Kranken von der einen Seite, etwas Bestimmtes zu thun, eine zweite von der andern Seite warnt ihn davor.

Ein den Kranken begleitender „Geist" fasst ihn am rechten Ohr, wenn er etwas Böses, am linken, wenn er etwas Gutes thut.

Mit diesen einseitigen und dedoublirten Hallucinationen sind öfters gewöhnliche doppelseitige verbunden, die ersteren treten nur zwischendurch auf, in anderen Fällen lösen sie die doppelseitigen ab und nehmen später wieder den Ausgang in diese.

Als antagonistische oder contrastirende Hallucinationen werden solche doppelseitige Hallucinationen bezeichnet, welche, gleichviel ob in einem oder mehreren Sinnen auftretend, in ihrem Inhalt einander widersprechen, wie wir dies bei den doppelseitigen Hallucinationen mit verschiedenem Inhalt gesehen haben. Sie erscheinen dem Kranken als gegenseitige Negation.

Aehnlich den secundären Sinnesempfindungen kommen auch secundäre Hallucinationen vor (Reflexhallucinationen). Dabei kann entweder der primäre Sinneseindruck eine reale Sinneswahrnehmung sein, er kann auch eine Hallucination sein.

Der Kranke hört seinen Namen rufen und empfindet einen Stoss im Magen, nach einer bestimmten Geruchswahrnehmung tritt eine Hallucination im Sexualapparate auf.

In der grossen Mehrzahl der Fälle werden die Sinnestäuschungen von Unlustgefühlen, wie bereits bei den Geschmacks- und Geruchsempfindungen erwähnt wurde, im Beginn derselben oft von Angst und Schrecken über die ungewohnte, unerhörte, entsetzliche Erscheinung (später gewöhnen sich die Kranken daran) begleitet. Selten finden sich Lustgefühle bei Hallucinationen (hysterische Psychosen, Paralytiker, Paranoiker) mit lebhafter Erwartung.

Physiologische Pathologie der Hallucinationen.

Die Theorie der Hallucinationen hat den Ausgangspunkt der Entstehung derselben bald im peripherischen Nervenapparat (Calmeil, Foville, Johannes Müller), bald im Thalamus opticus (Luys, Ritti), den subcorticalen Ganglien (Meynert), in den corticalen Sinnescentren (Ferrier, Tamburini), bald in dem des Vorstellungsinhalts (Esquirol: Hallucinationen sind Bilder, Ideen, welche durch das Gedächtniss reproducirt, durch die Einbildungskraft associirt, durch die Gewohnheit personificirt werden) gesucht.

Gegen die peripherische Entstehung (incl. der aus den subcorticalen

Centren) spricht die Thatsache, dass der peripherische Apparat (Blinde, Taube) völlig zerstört sein kann, Hallucinationen aber sich entwickeln oder fortbestehen, dass ferner der Nerv bei peripherischer Reizung nur mit einer seiner specifischen Energie entsprechenden Erscheinung (Opticus: Lichtblitz, Acusticus: Brausen, Knallen), nicht mit zusammengesetzten Sinnesbildern antwortet; der Entstehung aus der Vorstellung widerspricht das Vorkommen einseitiger Hallucinationen, ebenso das Auftreten derselben mit einem Inhalt, welcher dem ganzen Denken fremd ist, wie dies besonders im Beginn einzelner psychischer Erkrankungen, speciell der Paranoia hallucinatoria beobachtet wird.

Auf der anderen Seite ist die Thatsache, dass die Geisteskranken fest an die reale Wahrheit ihrer Hallucinationen glauben, dass ihr Denken und Handeln sich in Uebereinstimmung mit denselben einrichtet, dass die Täuschungen nicht corrigirbar sind, dass die Hallucinationen auf der anderen Seite ihren Inhalt in der Regel aus den Wahnvorstellungen schöpfen oder ihnen adaptiren, nicht ohne Annahme einer gleichzeitig bestehenden krankhaften Veränderung der Psyche zu verstehen.

Gegen die Entstehung der Hallucinationen in dem speciellen corticalen Sinnescentrum sprechen Erfahrungen, bei denen Heerderkrankungen desselben nicht zu complicirten Hallucinationen, sondern nur zu Lichterscheinungen resp. Empfindungen von Geräuschen führten (Gowers, Bennett).

Wäre die Hallucination lediglich eine Heerdaffection des betreffenden Sinnescentrums, so müsste der Kranke die Täuschung durch die Controle der normal gebliebenen Sinneswahrnehmungen zu erkennen im Stande sein, wie dies z. B. thatsächlich bei den Hallucinationen mit Anerkennung derselben als Täuschung (Hallucinations avec conscience) der Fall ist. Dagegen wird die wesentliche Betheiligung der Sinnescentren bei der Hallucination durch die dem erkrankten Sinnescentrum entsprechende Veränderung des hallucinirten Bildes gesichert. (Gehörshallucinationen bei einem ataktisch Aphatischen mit Worttaubheit als unverständliche Phrasen mit Substituirung fremder Worte [Holland], Gesichtshallucinationen bei einem Kranken mit central bedingtem Gesichtsfelddefect — dem Defect entsprechend zeigen die Hallucinationen nur Theile der hallucinirten Objecte, nur Kopf- oder Brustbild [Pick].)

Bei dieser Sachlage erscheint die psycho-sensorielle Theorie der Hallucinationen bei Geisteskranken als die einzige, welche den Thatsachen entspricht [1]). Die Hallucination hat als Vorbedingung eine krankhafte Veränderung der Psyche, auf deren Boden und unter deren Betheiligung die krankhafte Reizung der Sinnescentren die Hallucination auslöst. Die Hallucination stellt demnach ein Heerdsymptom bei der diffusen Erkrankung der Hirnrinde dar und bildet nach dem Sitz des ergriffenen Centrums ein Localzeichen der Krankheit.

Dass eine von der Peripherie kommende Erregung für die Hervorrufung der Hallucination von Bedeutung sein kann, hat die Besprechung der Illusionen gezeigt. Dieser peripherische Reiz kann auch arteficiell hervorgebracht werden.

---

[1]) Storch, Versuch einer psycho-physiologischen Darstellung der Sinneswahrnehmungen. Monatsschrift für Psychiatrie 1902.

Das Wegfallen des peripherischen Reizes, Schliessen der Augen, Verstopfung der Ohren, Beseitigung eines krankhaften Zustandes im peripherischen Endapparat eines Sinnes kann die Hallucination in ihrer Intensität herabsetzen oder selbst zum Verschwinden bringen.

Vorkommen der Hallucinationen.

Das Auftreten von Hallucinationen setzt voraus, dass das Individuum in das corticale Centrum, in welchem es hallucinirt, Sinnesbilder aufgenommen hat. Ein von Geburt an Blinder oder Tauber kann im Gesichts- resp. Gehörssinn nicht halluciniren, wohl aber können dies Blinde oder Taube, welche erst im Laufe des Lebens blind oder taub geworden sind.

Hallucinationen werden beobachtet:

1. Bei geistesgesunden Personen, isolirt oder mit langen Zwischenräumen nur im Gesichtssinn. (Goethe, Spinoza, Napoleon, welch letzterer nach dem Bericht Thierry's bei wichtigen Ereignissen einen Stern über sich sah, welcher ihm vorwärts zu gehen andeutete.) Ferner die interessanten Mittheilungen Jolly's über die Gesichtshallucinationen des Botanikers Nägeli, welcher eine Verbrennung beider Augen erlitten hatte (Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 40, S. 684).

Im Dunkelzimmer treten nach Staroperationen auch bei sonst gesunden Individuen zuweilen Gesichtshallucinationen auf.

2. Bei Hysterie und Epilepsie. Der Kranke ist wohl im ersten Augenblick zweifelhaft, ob die hallucinirte Sinneswahrnehmung reale Wahrheit hat, überzeugt sich jedoch bald, dass er sich getäuscht, und beklagt sich dann über seine „krankhaften" Erscheinungen.

Bei der Epilepsie bilden Hallucinationen, besonders im Geruch, zuweilen die Aura, zuweilen stellen sie ein epileptisches Aequivalent dar. Bei Epileptikern kann man zuweilen durch Compression der Carotiden Gesichtshallucinationen hervorrufen.

3. Bei anämischen Zuständen des Gehirns nach starken Blutverlusten, besonders auch nach der Geburt, im Puerperium, bei Schiffbrüchigen.

Die Hallucinationen kommen vorzugsweise im Gesichtssinn vor, doch auch im Gehörssinn, Glockenläuten u. s. w.

Auf dem Boden der Hirnanämie entstehen auch die sogenannten hypnagogischen Hallucinationen, welche beim Einschlafen oder kurz vor dem Erwachen zuweilen auch bei geistesgesunden Personen auftreten.

4. Bei fieberhaften Erkrankungen; besonders Kinder pflegen sehr leicht zu halluciniren, sobald sie fiebern.

5. Bei Intoxicationen und Intoxicationspsychosen (s. diese).

6. Bei Heerderkrankung der corticalen Sinnessphäre. So z. B. bei Erkrankung des Hinterhauptslappens Gesichtshallucinationen mit Bewusstsein, dass die Bilder Täuschungen sind.

7. Bei den verschiedensten Geisteskrankheiten (siehe die einzelnen Formen). Hallucinationen kommen selten bei Idioten vor; selten (als Gesichtshallucinationen) bei der Manie, ganz vereinzelt bei der Paranoia simplex, häufiger als Hallucinationen im Gehör, aber auch in anderen Sinnen bei der Melancholie. Bei dem Delirium hallucinatorium, wie bei der Paranoia hallucinatoria bilden die Hallucinationen einen wesentlichen

Bestandtheil des Krankheitsbildes, ebenso wie bei allen hypochondrischen Formen der verschiedenen Psychosen die Hallucinationen des Organgefühls.

In den Dämmerzuständen treten Hallucinationen, wie im physiologischen Traume auf; im Wesentlichen sind es aber hier Erinnerungsbilder, welche sich ebenfalls, wie im Traum, willkürlich ohne Rücksicht auf Raum und Zeit durcheinanderwerfen und verbinden.

Zuweilen finden sich Hallucinationen nur in einem Sinne, öfter in mehreren, und bei aufmerksamer Untersuchung erfährt man oft genug, dass die Hallucinationen, welche sich nur in dem einen oder anderen Sinne besonders hervordrängen, in allen oder fast allen Sinnen bestehen.

8. Nach Heilung der psychischen Krankheit können Hallucinationen in einzelnen Sinnen mit dem Bewusstsein der Täuschung noch lange Zeit fortbestehen (residuäre Hallucinationen — Wernicke). Eine meiner Melancholischen hörte noch Jahr und Tag nach Heilung der Melancholie das Wort „Sünde“ ausrufen.

Diagnose. Zur Feststellung, dass eine Hallucination besteht, gehört der Nachweis, dass eine sinnliche Wahrnehmung vorhanden ist. Man entferne aus dem Bericht des Kranken über seine anscheinenden Hallucinationen alles das, was als Umdeutung (Ausarbeitung im Sinne des Wahnsystems), Erklärungsversuch zu betrachten ist, und stelle das fest, was er wirklich wahrgenommen zu haben überzeugt ist.

Dabei wird sich die Hallucination als ein mehr oder minder lebhaftes Sinnesbild herausstellen, welches speciell durch das Aufgedrungensein dem Kranken gegenüber sich auszeichnet.

Die Hallucination eines Geisteskranken charakterisirt sich ferner durch die Unerschütterlichkeit, durch die Ueberzeugungskraft, mit welcher der Kranke die subjective Wahrnehmung als eine objective Thatsache hinstellt. Im Beginn der Psychose ist zwar der Kranke zuweilen noch zweifelhaft, er versucht durch Controlirung mittelst anderer Sinne sich zu überzeugen, ob wirklich Jemand da ist, der gesprochen, ob nicht eine Täuschung vorliegt. Allmälig bedarf er jedoch solcher Controle nicht mehr. Er ist von dem thatsächlichen Vorhandensein überzeugt und ergänzt die physikalische Unmöglichkeit durch die Wunder der drahtlosen Telegraphie, des Telephons, des Phonographen, der Röntgenstrahlen, des Magnetismus oder auch durch „Zauberei“, „Hexerei“ u. s. w. Allen Einwendungen gegenüber hält er seinen Standpunkt fest und begründet ihn zuweilen mit der Superiorität seiner Sinne. „Früher habe ich auch nur so wie Sie gehört, jetzt höre ich feiner,“ sagte einer meiner Kranken, dem ich vorhielt, dass ich die eben von ihm wahrgenommene „Stimme“ nicht gehört hätte.

In manchen Fällen erkennen allerdings Geisteskranke ihre Hallucinationen als Täuschung an. Sie stellen sich ihnen gewissermassen objectiv, beobachtend gegenüber, und erklären sie als

Machenschaften gewisser Personen, als Versuche ihrer Feinde, welche sie schädigen oder auch „verrückt“ machen wollen (Alkoholisten, Paranoia hallucinatoria).

Verwechselt können Hallucinationen werden:

1. Mit psychischen Hallucinationen (Baillarger), intellectuellen Hallucinationen. Es handelt sich hier nur um Vorstellungen von grösserer Lebhaftigkeit, es sind „Worte ohne Laute“, „Bilder ohne Farbe“: „es ist mir so, als ob ich es sehe“, „es ist mir so, als ob eine innere Stimme mir das sagte“. Dabei wird weder thatsächlich etwas gesehen, noch etwas gehört. Dahin gehören auch die dem Wahnsystem entsprechenden falschen Auslegungen objectiv richtiger Sinneswahrnehmungen. Der Kranke hört das thatsächliche Klirren der Schlüssel im Schlüsselbunde und sagt: er höre das Klirren der Ketten, in welche er gelegt werden soll.

2. Mit Erinnerungstäuschungen. Der Kranke erzählt, dieser oder jener sei da gewesen, er habe dieses oder jenes erlebt. Dieser Bericht kann aus einer vorhanden gewesenen Hallucination herrühren, ist aber oft, besonders bei geistigen Schwächezuständen (Paralyse, Dementia senilis) das Product einer Erinnerungstäuschung (siehe diese).

3. Mit Symbolisirungen. Wie Kinder beim Spielen in ihr Spielzeug allerhand Personificirungen und Bedeutung hineinlegen, so können auch geistesschwache Kranke die Personen und die Gegenstände der Umgebung symbolisiren, ohne dass irgend eine Störung in der Sinneswahrnehmung besteht.

Aehnlich wandeln besonders Paranoiker dem herrschenden Wahnsystem entsprechend ihre Umgebung auch ohne Hallucinationen oder Illusionen um (Delirium palingnosticum und metabolicum).

Dissimulation der Hallucinationen.

Zum Zwecke, nicht in eine Anstalt gebracht zu werden oder aus derselben herauszukommen oder um nicht entmündigt zu werden u. s. w. dissimuliren zuweilen Geisteskranke ihre Hallucinationen. Oefter gelingt es durch Beobachtung des wechselnden Gesichtsausdrucks, der Bewegungen des Kopfes, durch Fragen, warum sie nach der Decke, nach der Thür sehen, warum sie die Ohren mit Watte, das Schlüsselloch mit Papier u. s. w. verstopft haben, die richtige Taste anzuschlagen; der Kranke wird zuerst verlegen, zögert mit der Antwort, allmälig spricht er sich aus. Zuweilen bringen erst die vorgefundenen schriftlichen Aufzeichnungen des Kranken, das Benehmen desselben, wenn er sich allein und unbeobachtet dünkt, die Sicherung der Diagnose.

Bedeutung der Hallucinationen für das Handeln.

Die Ueberzeugungskraft der Hallucinationen erklärt den Einfluss derselben auf die Strebungen und die bestehende Anomalie des Denkens das Umsetzen derselben in Handlungen ohne wesentliche Einwirkung hemmender Vorstellungen.

Zuweilen, besonders bei stärkerer Trübung des Bewusstseins sind die Hallucinanten in dem Grade mit ihren Hallucinationen, welche ihnen eine neue sinnliche Welt geschaffen haben, beschäftigt, dass sie für alle anderen Vorgänge ihrer Umgebung völlig stumpf erscheinen, in anderen Fällen ist das ganze Thun und Lassen, gleichviel ob es ruhig, ob es erregt, wesentlich durch Hallucinationen bestimmt, öfter geben bestimmte Hallucinationen dem Handeln eine bestimmte, zuweilen gewaltthätige Richtung.

Gott befiehlt dem Kranken, ihm ein Opfer zu bringen und der Kranke ermordet einen ihm fremden Mann; Gott befiehlt, die Kirche von unwürdigen Priestern zu reinigen und der Kranke zündet die Kathedrale (von York) an. Zuweilen folgt der Hallucination die gewaltthätige Reaction auf dem Fusse. Der Kranke hört von seinem Begleiter oder von einem ihm begegnenden Fremden auf der Strasse ein Schimpfwort und er schlägt sofort den, welcher, wie er glaubt, jenes gesprochen hat.

Mit der Abschwächung der Intelligenz und der Energie verliert auch der Einfluss der Hallucination auf das Handeln seine Macht.

Die Prognose der Hallucinationen richtet sich nach der ihnen zu Grunde liegenden Krankheit; prognostisch ungünstig sind diejenigen, welche mit einem systematisirten Wahn in innigem Connex stehen.

Die Therapie der Hallucinationen hat in erster Reihe die Form der Psychose zu berücksichtigen, auf deren Boden dieselben entstanden sind.

Von Wichtigkeit ist nach den obigen Ausführungen die genaue Untersuchung des peripherischen Apparates des Sinnesorganes, in welchem hallucinirt wird.

Durch Behandlung der dort etwa vorhandenen pathologischen Veränderungen ist es zuweilen möglich, einen günstigen Einfluss auf die Verminderung resp. die Beseitigung der Hallucinationen auszuüben.

Symptomatisch kann man Extr. Stramonii 0,1 steigend auf 0,25 g ein- bis zweimal täglich, auch Arsenik in steigender Dosis versuchen.

Versuche, dem Kranken das objective Vorhandensein der Gegenstände seiner hallucinirten Sinneswahrnehmung ausreden zu wollen, sind nutzlos, regen den Kranken oft auf.

Ebensowenig aber darf man ihm die reale Wahrheit seiner Hallucinationen concediren. Man erkläre dem Kranken, soweit derselbe überhaupt Erklärungen zugänglich ist, ruhig und bestimmt, dass eine aufgeregte Phantasie ihm Manches vorspiegle, was thatsächlich nicht existire.

4. Hypästhesie und Anästhesie der Sinneswahrnehmung.

Die krankhafte Herabsetzung in der Thätigkeit der Sinneswahrnehmung kann sich als ein Zustand verlangsamter Leitung darstellen.

Dieselbe kann im gesammten Sinnesapparate vorhanden sein oder nur in einzelnen Sinnen hervortreten.

Es begleitet dieselbe die organischen Erkrankungen des Hirns (Paralyse, Dementia senilis), ist oft vorhanden bei den secundären Schwächezuständen der Demenz, kommt aber auch bei functionellen Psychosen, speciell bei der Melancholie vor. Es dauert eine gewisse Zeit, ehe der Gesichts-, der Gehörseindruck u. s. w. zur Identification führt.

Die Hypästhesie und Anästhesie im Gesichtssinn äussert sich in den Klagen der Kranken, dass Alles dunkel, finster sei, dass sie die Menschen, die Häuser nicht ordentlich sehen können, dass sie ihnen fremd vorkommen; den höchsten Grad der Anästhesie bildet die Seelenblindheit, bei welcher die Unmöglichkeit besteht, das Gesehene mit früheren gleichen Gesichtseindrücken zu identificiren, d. h. wieder zu erkennen.

Im Gehörssinn zeigen sich entsprechende Erscheinungen bis zur Seelentaubheit. Im Geruchssinn, bezw. Geschmackssinn kommt central bedingte Anosmie resp. Ageusie vor, welche bei Dementia, bei progressiver Paralyse u. A. die Beschäftigung mit den ekelhaftesten Dingen, das Verschlucken derselben ermöglicht.

Im Hautsinn zeigt sich die Anästhesie als Verlust des Berührungsgefühls, des Temperatursinnes (Unempfindlichkeit der Dementen, Tobsüchtigen, der Paralytiker gegen Hitze und Kälte).

In den kinästhetischen Gefühlen tritt die Anästhesie besonders hervor als Verlust des Ermüdungsgefühls (in der manischen und paralytischen Tobsucht).

Mit dem Verlust der Organgefühle verbindet sich die Vorstellung, dass einzelne Glieder abgestorben, dass der ganze Körper todt sei u. s. w.

Wenn eine dauernde, oft progressive Hypästhesie und Anästhesie der Sinnescentren die verschiedenartigsten Formen der organisch bedingten Demenz begleitet, so kommt sie doch auch vorübergehend vor, besonders bei den hysterischen und epileptischen Psychosen, bei der Melancholie, hier oft wechselnd oder gleichzeitig mit Zuständen von Hyperästhesie in denselben oder anderen Sinnescentren (Anaesthesia dolorosa), häufig in allen Zuständen von Trübung des Bewusstseins.

Da eine gewisse Stärke der Erregung der Sinnescentren nothwendig ist, um die Möglichkeit der Reproduction zu gewähren, so erklärt sich auch, dass bei all jenen Zuständen, bei denen eine Hypästhesie oder Anästhesie der Sinnescentren besteht, die während

dieses Zustandes vorhanden gewesenen Erregungen der Sinne nicht reproducirt werden können.

Die Kranken verlieren die Merkfähigkeit (Wernicke), d. h. die Fähigkeit, sich etwas ins Gedächtniss einzuprägen, sie können neue Erinnerungsbilder und damit neue Vorstellungen nicht erwerben. Sie können nicht reproduciren, was soeben sich ereignet hat (besonders häufig bei der Dementia senilis, in späteren Stadien der progressiven Paralyse).

II. Die Störungen des Denkens.

Die Association der Vorstellungen kann krankhaft gestört sein, indem:

1. bestimmte Vorstellungen sich mit besonderer Mächtigkeit hervordrängen oder das eine oder das andere Associationsgesetz die Oberhand über die anderen bekommt — Zwangsvorstellungen;
2. eine übermässige Steigerung in der Geschwindigkeit des Ablaufs der Associationen eintritt;
3. Vorstellungen, welche nach den Associationsgesetzen nicht mit einander verbunden werden dürfen, sich mit einander verbinden (Coordinationsstörung der Associationen, Wahnvorstellungen);
4. die Associationen sich zu langsam und zu wenig kräftig vollziehen.

1. Zwangsvorstellungen (Obsessions).

Dieselben werden in der speciellen Psychiatrie als Paranoia rudimentaria besprochen werden.

2. Krankhafte Steigerung der Geschwindigkeit der Associationen.

Wenn auch bisher die experimentellen Untersuchungen bei Geisteskranken widersprechende Resultate geliefert haben (Maria Walitzkaja fand bei manischen Kranken $^1/_2$—$^1/_3$ der gewöhnlichen Dauer der Associationszeit — Kraepelin dagegen bei demselben psychischen Zustand Verlangsamung —, unter normalen Verhältnissen beträgt die rohe Associationszeit, d. h. die Zeit vom Aussprechen des Reizwortes bis zum Aussprechen des associirten Wortes, 0,5 bis 1,0″ und mehr), so spricht doch die klinische Beobachtung, speciell auch die Thatsache, dass derartige Kranke Erinnerungsbilder lebhaft

reproduciren und associiren können, welche in gesunden Tagen ihnen dunkel sind, für eine erhöhte Thätigkeit der Associationen.

Der beschleunigte Ablauf derselben, welcher sich zur Ideenflucht steigern kann, ist ein wesentliches Symptom der Manie (cf. diese). Mit gesteigerter Erregbarkeit und Erregung der psychomotorischen Centren verbunden bildet jene Ideenflucht das Wesen der manischen Tobsucht.

Intercurrent können jene Zustände des beschleunigten Ablaufs der Vorstellungen, manische Erregungen bei den verschiedensten Psychosen auftreten, sie bilden nicht selten Phasen einer Psychose, wie bei der circulären Psychose, im Verlauf des katatonischen Symptomencomplexes, der progressiven Paralyse, der hysterischen und epileptischen Psychosen.

Endlich verlaufen manche Intoxicationspsychosen unter dem Bilde der manischen Erregung oder manischen Tobsucht (Alkoholintoxication u. s. w.).

3. Wahnvorstellungen[1]).

Mit Wahnvorstellungen werden Urtheile und Schlüsse bezeichnet, welche durch eine krankhafte Association von Vorstellungen mit Hineinbeziehung des Ich entstehen, als krankhaft nicht anerkannt und durch Gegengründe nicht corrigirt werden können.

Der Inhalt der Wahnvorstellungen ist verschieden nach Alter und Geschlecht, nach Erziehung und Bildung, nach der Stellung der Kranken in der Gesellschaft und ihren Strebungen, mit dem Wechsel der socialen, religiösen, politischen Verhältnisse.

So verschieden jedoch die Art und Weise ist, in welcher sich Wahnvorstellungen äussern, so lassen sich doch, wie schon Griesinger hervorgehoben, gewisse „Primordialdelirien“ unterscheiden.

a) Die expansiven Wahnvorstellungen (Delirium manicum).

Die niederen Grade von Selbstüberschätzung, wie sie in kindischer Weise bei Imbecillen und Dementen, mit Affect bei Hypomanischen sich zeigen, entwickeln sich zum Grössenwahn (Megalomanie) in den manischen Zuständen und zum blühenden Grössenwahn besonders bei der progressiven Paralyse.

Der Grössenwahn kann sich beziehen:

1. auf die sociale Stellung des Kranken. Der Kranke meint Minister, Feldmarschall, Kaiser, „Kaiser vom Lustgarten“, Beherrscher der ganzen

[1]) Friedmann, Ueber den Wahn. Wiesbaden 1894.

Welt, Jesus Christus, Gott, Obergott zu werden oder zu sein. Er besitzt 4000 Omnibusse und 20000 Droschken (ein Fuhrherr), alle Orden, Millionen, ungezählte Milliarden. Frauen prahlen mit ihren Toiletten, ihren Geschmeiden, sind Kronprinzessin, Weltprinzessin, Kaiserin;

2. auf die intellectuellen Eigenschaften. Der Kranke versteht und spricht alle Sprachen, hat die grössten Entdeckungen gemacht (Perpetuum mobile), baut eine Eisenbahn nach dem Mond, ist der grösste Gelehrte;

3. auf die körperlichen Fähigkeiten. Der Kranke ist mit besonderen körperlichen Reizen ausgestattet, hebt 1000 Centner mit dem kleinen Finger, hat einen Penis von 3 Meter Länge und zeugt in jeder Minute ein Kind, Frauen haben 500 Kinder geboren, sind wieder schwanger, obwohl sie das Klimakterium längst hinter sich haben.

Bei Paralytikern sind öfter die Grössenideen nach allen Richtungen hin vorhanden, sie zeigen in der Art und Weise, wie sie zu Tage treten, das Schwachsinnige, bei der Manie pflegen sie sich in gewissen Grenzen zu halten. Bei der hysterischen Psychose zeigen sich die Grössenwahnvorstellungen oft nach der erotischen Seite hin: hochgestellte Männer haben sich in die Kranke verliebt, zuweilen auch als religiöser Wahn (Wiedererweckungen), bei epileptischen und alkoholistischen Psychosen wird ebenfalls oft das religiöse Gebiet („gottbegnadet", „Propheten") getroffen, bei der Paranoia entwickeln sich Grössenwahnvorstellungen nach den verschiedensten Richtungen hin. Hier erscheinen sie im Anfang logisch aufgebaut bei Besonnenheit des Kranken, meist secundär (siehe Paranoia). Vorübergehend und wechselnd treten Grössenwahnvorstellungen auch bei dem Delirium hallucinatorium auf, in mässigeren Graden in der manischen Phase der circulären Psychose.

b) Die depressiven Wahnvorstellungen.

1. Melancholische Wahnvorstellungen.

Sie entstehen auf dem Boden depressiver Stimmung und Angst.

Der Kranke glaubt seine Pflicht gegen Gott und die Menschen in seinem Amte nicht gethan zu haben, er habe sich versündigt (Versündigungswahn), er habe Meineide geschworen, das Vaterland verrathen, gestohlen, Ehebruch getrieben, er würde nicht bloss im Jenseits, sondern auch auf der Erde schreckliche Strafen dulden müssen. Alles Unheil auf der Welt gehe von ihm aus, wer mit ihm umgehe, sei verdammt, durch seine Ausdünstungen, ja durch seine Reden ziehe er Alle ins Verderben (Delirium divergens).

Treten diese Wahnvorstellungen in besonders übertriebener Weise, in entgegengesetzter Richtung auf, wie der blühende Grössenwahn („ich werde 1000 Jahre Zuchthaus erleiden", „ich habe Millionen von Menschen umgebracht"), so spricht man von Mikromanie.

Einzelne thatsächliche Vorgänge in dem Leben des Kranken, ja seine ganze Vergangenheit („mein ganzes Leben war ein Sündenpfuhl") werden im Sinne des melancholischen Wahns retrospectiv verarbeitet: die Kranken werden nicht müde in der Selbstbeschuldigung.

Als logische Consequenz entwickelt sich der melancholische Verfolgungswahn.

Im Beginn sieht der Kranke in den Blicken der Schutzleute, in eigenthümlichen Bewegungen derselben, in dem Ausspucken oder der Wegwendung

des Gesichts vorübergehender Personen auf der Strasse (Beachtungs- oder Beziehungswahn, durch Illusionen oder Umdeutungen vermittelt) die Andeutungen dafür, dass man von seinen Schandthaten Kenntniss hat. Später ist der Kranke überzeugt, dass die Polizei ihm nachspürt, ihn verfolgt (im Alterthum hatten diese Rolle die Furien, im Mittelalter die Hexen), dass sie kommt, ihn zu verhaften, ihn in Ketten zu legen.

Der Teufel bemächtigt sich der Kranken (Dämonomelancholie), sie erwarten das Hochgericht.

Sie fürchten die Strafe, und doch erscheint sie ihnen nicht anders wie gerecht für alle ihre Unthaten.

2. Hypochondrisch-melancholische Wahnvorstellungen.

Die Selbstbeschuldigung, der Versündigungswahn knüpft an den Zustand des eigenen Körpers an und ist in der Regel verbunden mit Hallucinationen und Illusionen in den Organgefühlen.

Auch hier zeigt sich im Beginn öfter der Beachtungswahn: die Leute auf der Strasse sehen es dem Kranken an, dass er onanirt; sie deuten auf einen Pickel, den er im Gesicht hat, welcher die Syphilis bekundet. Weiterhin sagen sie, die Onanie, eine thatsächliche oder vermeintliche syphilitische Infection hat den ganzen Körper ruinirt, den Geist zerstört, „ich muss bei lebendigem Leibe verfaulen“, „die Hoden, der Penis sind geschrumpft“.

In anderen Fällen betrachten die Kranken die Veränderung ihres Körpers als gerechte Strafe Gottes für die begangenen Sünden, für die Folgen von Giften, welche ihnen wegen ihrer Unthaten mit dem Essen oder auf andere Weise beigebracht worden sind.

Auch hier zeigt sich nicht selten ein ängstliches Delirium divergens: die Kranken meiden sorgfältig jede Berührung mit Anderen, wollen nicht auf einen Stuhl, auf das Closet sich setzen, um nicht Andere durch Ansteckung in das Verderben hineinzuziehen.

In den höchsten Graden dieser hypochondrischen Wahnvorstellungen kommt es in der Regel mit Hallucinationen in verschiedenen Sinnen zu den Wahnvorstellungen der Metamorphose, die Kranken glauben sich durch göttliche Strafe in Hunde (Kynanthropie), Wölfe (Lykanthropie) u. s. w. verwandelt, eine Art der Wahnvorstellungen, welche im Gegensatz zum Mittelalter jetzt überaus selten ist.

Der hypochondrisch-melancholische Wahn kommt ausser bei der Melancholia hypochondriaca, in welcher er sich am reinsten zeigt, auch vorübergehend im Delirium hallucinatorium vor, ferner bei epileptischen Psychosen, seltener bei Intoxicationspsychosen, speciell beim Alkoholismus, nicht selten in dem depressiven Stadium der progressiven Paralyse.

Beide Arten der depressiven Wahnvorstellungen verbinden sich in dem Krankheitsbilde der Melancholia generalis. Sie führen zuweilen mit sehr lebhaften ängstlichen Hallucinationen im Gesicht und Gehör zu dem Bilde des Stupor (ängstlicher Stupor).

c) Die paranoischen Verfolgungswahnvorstellungen.

Im Beginn und in der mildesten Form äussern sich dieselben als Beachtungs- (Neisser) resp. Beziehungswahnvorstellungen. Dem,

was in der Umgebung, auf der Strasse passirt, was in den Zeitungen steht, wird ohne jedes Mittelglied eine besondere Beziehung auf die eigene Person und zwar mit einer beeinträchtigenden, beleidigenden Deutung für diese beigelegt (Delirium convergens). Unterstützend für die Ausdehnung und Befestigung dieses Wahnes wirkt dabei der Affect gespannter Erwartung (Linke), welcher regelmässig, besonders im Beginn der Erkrankung, diese begleitet. Diese Erwartung, dass wieder etwas „passiren" wird, macht die Kranken unstät, unruhig, misstrauisch.

Illusionen und Hallucinationen wirken oft zur Verschärfung und weiteren Entwicklung mit.

Allmälig wird auch die Vergangenheit den augenblicklichen Wahrnehmungen entsprechend krankhaft umgestaltet.

Aus Beachtungs- und Beziehungswahn entwickelt sich der paranoische Verfolgungswahn.

Der erst nur misstrauische und zweifelhafte Kranke wird allmälig überzeugt, dass er das Opfer von Verfolgungen, und im Gegensatz zu dem Verfolgungswahn des selbstanklägerischen Melancholikers hält sich der verfolgte Paranoiker für das unschuldige Opfer seiner Verfolger. Die Leiden, welche man ihm durch die Verfolgungen bereitet, sind nicht die Strafe für begangene Fehlthaten oder Sünden, die Verfolgungen sind vielmehr hervorgegangen aus falschen Anklagen, aus Neid und Rachsucht seiner Feinde, vielleicht auch, weil diese selbst sich vor Strafe schützen wollen.

Bald sind diese Feinde einzelne, bestimmte Personen, bald sind sie Gruppen, Parteien („Socialdemokraten", „Anarchisten", „Illuminaten", „Freimaurer"), zuweilen Beauftragte der Polizei, der Minister, des Herrschers u. s. w.

Indem der Kranke eine besondere Wichtigkeit seiner Person beilegt, da zu deren Bekämpfung so aussergewöhnliche Mittel angewendet werden, entwickelt sich bei ihm eine Selbstüberschätzung, welche schliesslich zum Grössenwahn führt. Man schädigt ihn, sperrt ihn ein, will ihn geistig vernichten, mundtodt machen oder auch umbringen, um ihn zu hindern, die ihm durch seine Geburt, seine Begabung, seine göttliche Inspiration zukommende Stellung in der Gesellschaft, im Staat, in der Kirche einzunehmen.

Die verschiedenen Arten der Wahnvorstellungen werden hier zu einem System verbunden.

Es kommt auch eine Verbindung depressiver Wahnvorstellungen der Selbstanschuldigung mit paranoischen Wahnvorstellungen vor, welche sich etwa in folgender Weise äussert:

„Ich habe wohl hier oder dort nicht das Rechte gethan, aber die Grausamkeit und Dauer der Strafen, welchen ich durch die Verfolgungen ausgesetzt werde, steht in gar keinem Verhältniss zu jener unerheblichen Schuld, welche schon genügend gebüsst ist."

Paranoische Verfolgungsvorstellungen kommen, abgesehen von der Paranoia, besonders bei Imbecillitas, bei hysterischen und epileptischen Psychosen, bei den verschiedensten Intoxicationspsychosen, speciell beim Alkoholismus, bei der progressiven Paralyse wie bei der senilen Demenz vor.

Vorübergehend, besonders in der milden Form des Beachtungswahns,

werden sie nicht selten bei Hereditariern, ohne dass es zu einer ausgebildeten Psychose kommt, speciell in der Pubertätszeit und im Klimakterium beobachtet.

Wegen des praktischen Interesses sei hier noch eine besondere Form paranoischer Wahnvorstellungen hervorgehoben, welche als Eifersuchtswahn[1]) bezeichnet wird.

Der eine Ehegatte bemerkt bei dem anderen, dass derselbe Liebesblicke mit dem Personal des Hauses, auf der Strasse austauscht, im Theater, auf der Eisenbahn erscheint immer dieselbe Person, welche den Geliebten oder die Geliebte begleiten, in den Zeitungen zeigen sich bezügliche Chiffreadressen. Illusionen und Hallucinationen im Geschmack, im Geruch, im Organgefühl (Vorstellungen, vergiftet zu werden u. s. w.) können auxiliär und verstärkend wirken.

Ein thatsächlich abstossendes Verhalten des einen Ehegatten, Versagung ehelicher Pflichten (besonders von Frauen gegenüber alkoholistischen Männern, gegenüber Paralytikern oder den ihnen sonst durch geistige Krankheit widrig gewordenen Männern) unterstützt und verstärkt den Eifersuchtswahn.

Es kann unter Umständen die Eifersucht thatsächlich nicht unbegründet sein, und doch wird man einen Eifersuchtswahn annehmen müssen, wenn die Vorstellung eine so übermächtige Ausdehnung gewonnen hat, dass sie den ganzen Inhalt des Bewusstseins ausschliesslich beherrscht, dass alle Vorkommnisse in dem Sinne derselben umgedeutet werden und ihr ohne Hemmung gewaltthätige Handlungen gegen den anderen Theil entspringen.

Eifersuchtswahn kommt bei Männern, ausser bei Paranoikern, besonders bei Alkoholisten, wie den verschiedensten anderen chronischen Intoxicationspsychosen (Cocainisten, Diabetiker) vor, ferner bei Imbecillität, bei Paralytikern, besonders im Initialstadium, bei Dementia senilis, zuweilen bei Psychosen nach apoplektischen Insulten, bei Frauen wird er, abgesehen von den erwähnten Zuständen, besonders bei hysterischen und alkoholistischen Psychosen, im Klimakterium (wobei die Wahrnehmung des Schwindens der eigenen Reize auxiliär wirkt), bei der Lactation beobachtet.

Die paranoischen Wahnvorstellungen der Verfolgung werden nicht selten der Ausgangspunkt für gewisse Handlungen derselben: die Verfolgten werden zu Verfolgern ihrer Feinde (persécutés persécuteurs).

Ein besonders häufiges Beispiel derartiger Kranken bilden die Quärulanten. Sich durch polizeiliche Verfügung oder durch Richterspruch geschädigt glaubend, werden sie zu unermüdlichen Kämpfern in Wort und Schrift um ihr angebliches Recht.

---

[1]) Villers, Le délire de la jalousie. Brüssel 1899. Schüller, Eifersuchtswahn bei Frauen, Jahrb. f. Psych. 1901.

Die paranoischen Vorstellungen, durch die unrichtige Anwendung des Bürgerlichen- oder des Strafgesetzbuches geschädigt zu sein, und das auf dem Boden des Wahns entstehende Quäruliren kommen ausser bei der Paranoia bei Imbecillen, zuweilen in den Anfangsstadien der senilen Demenz, ferner bei Alkoholisten, bei Morphinisten, auch bei Epileptikern vor.

Im Uebrigen ist nicht jeder Quärulant geisteskrank.

Auf dem Boden depressiver und paranoischer Wahnvorstellungen entstehen zuweilen

d) Verneinungswahnvorstellungen
(Délire des négations, Cotard).

Dieselben können sich beziehen auf:

1. Die eigene Person: „Ich bin kein Mensch mehr, ich habe kein Herz, keine Geschlechtstheile mehr, weil ich Gott geflucht (melancholischer Versündigungswahn), weil ich durch mein ausschweifendes Leben mich ruinirt habe (melancholisch-hypochondrisch), weil meine Feinde mich vergiftet, durch Elektricität u. s. w. zerstört haben" (paranoisch). „Ich werde nie mehr Stuhlgang haben, denn es liegt ein Stein vor meinem After." Diese letztere Aeusserung findet sich bei den verschiedensten Zuständen.

Der Hypochonder bezeichnet das Hinderniss als Stein nur bildlich, der Melancholiker hat die Hallucination im Organgefühl, welche ihm einen Stein vortäuscht, der die Strafe ist für seine begangenen Sünden (rein melancholisch) oder Folge seines ausschweifenden Lebens ist (hypochondrisch-melancholisch), der Paranoiker hält die Steinbildung für die Folge der Vergiftungen, denen er ausgesetzt ist. Der hypochondrische Paralytiker bezeichnet den Stein, welcher seinen Stuhlgang unmöglich macht, gelegentlich als einen „Marmorstein" (Verbindung mit Grössenideeen).

2. Die Aussenwelt. „Es gibt keinen Gott, keine Sonne." „Es gibt kein Wasser, kein Geld, kein Essen mehr." „Es existiren keine Häuser, keine Strassen, Alles ist todt." Dabei kann besonders in Verbindung mit religiösen depressiven Wahnvorstellungen die Vorstellung entstehen, dass der Kranke sich als einzig Ueberlebenden für den „ewigen Juden" hält.

Verneinungswahnvorstellungen kommen bei der Melancholie und Paranoia, auch bei der Paralyse, selten bei dem Delirium hallucinatorium und der Dementia senilis vor.

Der Wahn begründet nicht selten entsprechende Handlungen resp. Abwehr, welche sich im Wesentlichen in Negativismus, Opposition (Folie d'opposition, Guislain), Nahrungsverweigerung u. s. w. äussern.

Einen Uebergang zu den Verneinungswahnvorstellungen bilden öfter die Wahnvorstellungen des allgemeinen Andersseins (Delirium metabolicum) [1]).

„Es ist alles nachgemacht", „Alles ist Lüge", „das Datum ist gefälscht", „die Umgebung besteht nicht aus Kranken, sie haben nur die Bestimmung, mich zu beobachten", „ich bin vertauscht", „der Name, den man mir giebt, ist nicht der richtige."

---

[1]) Von μεταβάλλω, umdrehen, umändern, umwandeln.

Auch hier ist der melancholische oder paranoische Ursprung zu unterscheiden; doch gehören diese Wahnvorstellungen besonders der paranoischen Reihe an.

Im Gegensatz zu diesen stehen die Wahnvorstellungen des Wiedererkennens (Delirium palingnosticum).

Der Kranke sieht in der Umgebung, z. B. in der Irrenanstalt, in welche er soeben aufgenommen wurde, alte Bekannte oder Personen, welche er durch Beschreibung oder Abbildung kennt.

Bei der Manie kommt dieses Wiedererkennen zu Stande, indem bei mangelnder Concentration der Aufmerksamkeit ein einzelnes Merkmal, eine Warze, die Art des Bartes, auch Illusionen im Gesichtssinn dazu dienen, die Personen, meist im Sinne von Grössenideen, als Bekannte zu bezeichnen. Bei der Paralyse und der Dementia senilis ist die Störung in der Reproduction das Wesentliche, indem das reproducirte Bild, das zur Vergleichung mit dem augenblicklichen Sinneseindruck dient, so matt ist, dass leicht unrichtige Identificationen zu Stande kommen.

Die paranoische Form dieser Wahnvorstellungen zeichnet sich dadurch aus, dass die Identification (mit oder ohne Sinnestäuschungen) dem herrschenden Wahnsystem entsprechend geschieht, sei es, dass er in den Anderen seine Verfolger oder deren Auftraggeber oder seinem Grössenwahn entsprechend hervorragende Personen, um ihm nahe zu sein, ihn zu bedienen u. s. w., wiedererkennt.

In höherem Grade identificirt der Kranke auf Grund der augenblicklichen umgewandelten Wahrnehmungen die ganze Situation mit einer, welche er mit allen Einzelheiten schon früher einmal durchlebt hat, eine Identification, welche auch auf Grund einer Täuschung in der Reproduction (Erinnerungstäuschung) stattfinden kann.

Derartige Zustände kommen besonders bei alkoholistischer und epileptischer Geisteskrankheit vor.

Die geschilderten Wahnvorstellungen können sich in der verschiedensten Weise verbinden (combinirte Wahnvorstellungen), es kann aus der Verbindung ein bestimmtes System (systematisirte Wahnvorstellungen) sich entwickeln, welchem die verschiedenen Wahnvorstellungen untergeordnet und welchem entsprechend die objectiv wahren Ereignisse umgedeutet werden, die Wahnvorstellungen können ferner ihrem Inhalt nach wechseln, sie können mit oder ohne Illusionen oder Hallucinationen bestehen.

Oft, besonders in der depressiven Form, werden die Wahnvorstellungen, in derselben Form und mit demselben beschränkten Inhalt wiederkehrend, monoton.

Sowohl bei dem Uebergang der Krankheit in Genesung wie bei dem in Demenz werden die Wahnvorstellungen abgeblasst, gehen

dann weder mit einer besonderen Erregung der Gefühle einher, noch sind sie im Stande, einen Einfluss auf das Handeln auszuüben.

Dagegen können Wahnvorstellungen bei Trübungen des Bewusstseins, speciell bei Dämmerzuständen, mit oder ohne Hallucinationen erheblichen Einfluss auf das Handeln ausüben (alkoholistische, hysterische, epileptische Dämmerzustände), und ohne jene Störungen des Bewusstseins im Affect, in der Angst, sich erheblich steigern und damit eine Begünstigung der Ausführung dem Wahnsystem entsprechender Handlungen (z. B. Selbstmord) herbeiführen.

Zuweilen bleiben, nachdem die geistigen Functionen im Uebrigen zur Norm zurückgekehrt sind, einzelne, ganz begrenzte, abgeblasste Wahnvorstellungen (residuäre Wahnvorstellung) in ähnlicher Weise zurück, wie es residuäre Hallucinationen giebt.

Jene treten fast nur bei directer Nachfrage zu Tage: „Etwas war ja doch wohl daran“, „Alles war doch nicht Einbildung“ u. s. w. Dabei ist der im Uebrigen normale Bewusstseinsinhalt im Stande, sowohl eine innere Beunruhigung zurückzuhalten als auch eine etwa aus der übrig gebliebenen Vorstellung sich entwickelnde Handlung im Keime zu unterdrücken. Man kann jene Vorstellung wie eine Narbe betrachten, welche die Function des betreffenden Gliedes nicht stört.

Von diesen residuären Wahnvorstellungen ist wohl zu unterscheiden die sogenannte fixe Idee. Man nahm an, dass eine Geisteskrankheit lediglich in einer einzigen fixen Idee bestehen könnte, und hat zum Theil auf Grund dieser Annahme die Lehre von den Monomanieen begründet. Schon Esquirol hat es jedoch ausgesprochen: „Si ces individus n'étaient pas fous, ils ne seraient pas des monomanes.“

Es müsste bei einem Menschen, der nur eine einzige Wahnvorstellung hätte, der übrige normale Vorstellungsinhalt im Stande sein, jene zu corrigiren, zum Mindesten aber, wie bei der residuären Wahnvorstellung, dieselbe zurückzuhalten.

Genauere Untersuchung und Beobachtung der betreffenden Fälle lehrt aber auch in der That, dass da, wo nur eine einzige Wahnvorstellung vorhanden zu sein scheint, eine Reihe anderer sich nachweisen lassen und der Eindruck „der einzigen“ nur dadurch entsteht, dass sich diese ganz besonders vordrängt.

Welcher Natur der physio-pathologische Process ist, der eine Wahnvorstellung hervorruft, ist uns ebenso unbekannt, wie der physiologische, welcher eine Vorstellung erzeugt.

Die besondere Färbung, der Inhalt der Wahnvorstellungen kann ausser durch die oben bereits erwähnten allgemeinen Verhältnisse bestimmt werden:

a) Durch Erklärungsversuche der vorhandenen krankhaften Stimmung.

Das Gefühl der Förderung, des Glücks, das die Beschleunigung des Vorstellungsablaufs bei manischen Zuständen begleitet, wird expansiven, die Hemmung, welche mit dem psychischen Schmerz, den melancholischen Zuständen verbunden ist, depressiven Wahnvorstellungen ihren Inhalt geben, während endlich das primär als hemmend und feindlich empfundene Verhalten der Aussenwelt zu dem Individuum bei der Paranoia dem paranoischen Verfolgungswahn seine Zeichen giebt.

b) Gelegentlich können die letzten Ereignisse vor dem Ausbruch der Krankheit, noch öfter die im Beginn der Krankheit aufgetretenen für den speciellen Inhalt der Wahnvorstellungen entscheidend sein.

(Bei der Enthüllung der betreffenden Denkmäler in Berlin sah ich einen „Goethe", dann einen „Lessing", Paranoiker, welche plötzlich mit diesen Ideen hervorgetreten waren.)

c) Endlich können Hallucinationen, Träume, auch gewisse Sensationen auf den speciellen Inhalt der Wahnvorstellungen einwirken.

In letzterer Beziehung hatte bereits Griesinger von „Mitvorstellungen" bei Neuralgieen, Schüle von „Localzeichen" als bestimmten Inhalt speciell localisirter Neuralgieen gesprochen. Von der erheblichen Mitwirkung der Illusionen und Hallucinationen der Organgefühle bei der Schaffung des Inhalts der Wahnvorstellungen war bereits oben die Rede.

Diagnose. In einer Anzahl von Fällen stellt die Ungeheuerlichkeit des Inhalts der Vorstellungen die Diagnose der Wahnvorstellungen ohne Weiteres fest.

Wo dies nicht der Fall, ist Folgendes für die Diagnose in Betracht zu ziehen.

Eine Vorstellung kann inhaltlich wahr und doch eine Wahnvorstellung sein.

Der Kranke berichtet, dass heute ein Erdbeben in Italien stattfindet. Die Zeitungen bestätigen dies am nächsten Tage. Trotzdem entspringt jene richtige Angabe aus einer Wahnvorstellung, denn befragt, woher der Kranke es gewusst habe, theilt er mit, dass er dies an einer Erschütterung seines Unterleibs gemerkt habe oder dass ihm durch seine „Stimme" Mittheilung gemacht worden ist.

Eine Vorstellung kann inhaltlich falsch und braucht doch keine Wahnvorstellung zu sein.

Den Glauben an einen körperlichen Teufel haben manche Gesunde, er ist ein Irrthum, welcher ihnen gelehrt wurde, der Dämonomane, welcher früher diesen Glauben vielleicht nicht gehabt hat, weiss jetzt, dass es einen Teufel giebt, denn derselbe spricht in seinem Gehirn, ist in seinem Bauch.

Wie die oben gegebene Definition der Wahnvorstellungen ergiebt und wie diese Beispiele erläutern, hängt die Entscheidung, ob eine Vorstellung eine Wahnvorstellung sei oder nicht, wesentlich von der Genese der Vorstellung ab. Diese zeigt bei der Wahnvorstellung, dass eine augenblickliche Sinneswahrnehmung, eine augenblicklich auftauchende Vorstellung, ein augenblicklich vorherrschendes Gefühl sich mit einer anderen Vorstellung verbindet, mit welcher sie nach den Gesetzen der Association nicht verbunden werden darf: es handelt sich also um eine Störung der Coordination der Vorstellungen. Während dies die Regel für das erste Auftreten einer Wahnvorstellung ist, zeigt im weiteren Verlauf sich oft Folgendes: ein Erinnerungsbild verbindet sich mit Eindrücken augenblicklicher Sinneswahrnehmung gegen die Gesetze der Association. Die frühere Vorstellung, mit welcher die augenblickliche Wahrnehmung verbunden wird, ist in der Regel eine solche von besonderer Betonung.

Eine Kranke sieht im gegenüber liegenden Hause einen Mann eine Rolle Papier in die Höhe heben, ihr Testament hat sie früher lebhaft beschäftigt, sofort verbindet sie Wahrnehmung und Reproduction jener Vorstellung: man zeigt ihr, dass das Testament gestohlen worden ist.

Gelingt es, das erste Auftreten einer Wahnvorstellung und ihrer Componenten festzustellen, so wird es oft möglich, die weitere Ausgestaltung der ersteren leichter zu erklären. Der einmal betretene Weg der abnormen Coordination wird gangbarer, schliesslich ausgeschliffen, auf denselben Weg werden allmälig auch andere, zuweilen alle Vorstellungen geführt.

Da von den Vorstellungen, welche associirt werden, die eine wenigstens für das Ich von besonderer Bedeutung war oder ist, erklärt sich daraus die Hineinbeziehung des Ichs in den Inhalt der Wahnvorstellungen, welche Hineinbeziehung als ein charakteristisches Merkmal derselben zu betrachten ist.

Wenn nun auch im Anfang der Krankheit dem Kranken oft Zweifel an der thatsächlichen Begründung der sich aufdrängenden krankhaften Vorstellung bestehen, der Kranke auch selbst solche Zweifel äussert, allmälig wird dieselbe der Bestandtheil des geistigen Ichs, und damit uncorrigirbar. Sogenannte Vernunftgründe, Beibringung objectiver Thatsachen, welche die thatsächliche Unrichtigkeit der Vorstellungen, der Urtheile und Schlüsse des Kranken beweisen, prallen an der zuweilen mit grosser Dialektik oder unter Herbeiziehung besonderer überirdischer Kräfte vertheidigten Unerschütterlichkeit des Kranken ab.

Diese Uncorrigirbarkeit ist es auch, welche zuweilen Vorstellungen, deren thatsächliche Begründung möglich oder wenigstens nicht zu widerlegen ist, zu Wahnvorstellungen stempelt.

Hier ist es nicht die Qualität, sondern die Quantität der Vorstellung, welche sie zu einem Wahn macht.

Es glaubt Jemand, hier oder dort geschädigt worden zu sein, ein Unrecht erfahren zu haben, es lässt sicht nicht nachweisen, dass dies thatsächlich nicht der Fall gewesen, jene Vorstellung beschäftigt das Individuum unausgesetzt, lässt alle anderen zurücktreten, überall drängt sie sich nach aussen, bestimmt Reden und Handeln der Person. Trotz aller Nachtheile, welche sie dadurch erfährt, lässt sie sich nicht bestimmen, wenigstens nach aussen hin zurückhaltender zu werden. Die Uebermacht der Vorstellung macht sie zur Wahnvorstellung.

Mancher Quärulantenwahn hat eine solche Entwicklung.

Als charakteristische Merkmale der Wahnvorstellung sind demnach zu bezeichnen:

1. Die Genese durch Association von Vorstellungen, welche nach dem Gesetz der Associationen nicht associirt werden dürfen.
2. Die Hineinbeziehung des Ichs ohne ausreichende Begründung.
3. Die Uncorrigirbarkeit.

Die Diagnose hat, wenn sie das Vorhandensein von Wahnvorstellungen festgestellt hat, weiter zu untersuchen, welchen primordialen Wahnvorstellungen dieselben angehören, speciell ob es sich um combinirte, um systematisirte Wahnvorstellungen handelt.

Die Dissimulation von Wahnvorstellungen ist im Wesentlichen nach denselben Grundsätzen, wie die von Hallucinationen zu ermitteln.

Das Verhalten des Kranken, wenn er sich von Aerzten und Wärtern unbeobachtet glaubt, Schriftstücke, welche er geliefert hat oder liefert, suggestive, gelegentlich hingeworfene Fragen werden hier die Diagnose sichern. Zuweilen ist es für dieselbe von Wichtigkeit, die Anschauungen und Gewohnheiten des zu Untersuchenden zu kennen, welche er in gesunden Tagen gehabt hat.

Prognose und Therapie der Wahnvorstellungen hängt von der Form der Geisteskrankheit ab, als deren Zeichen sie auftreten. Prognostisch ungünstig sind der blühende Grössenwahn, wie die systematisirten Wahnvorstellungen. Therapeutisch gilt auch hier das bei den Hallucinationen Gesagte; der Versuch, dem Kranken seine Wahnvorstellungen „ausreden“ zu wollen, ist nutzlos, öfters schädlich, indem der Kranke durch solche Versuche erregt wird und dem Arzt sein Vertrauen entzieht.

4. Krankhafte Schwäche in der Schnelligkeit und der Kraft der Associationen.

Soweit dieselbe in einer mangelhaften Entwicklung des Organs des Geistes begründet ist, wird sie bei dem Idiotismus Besprechung finden.

Die Herabsetzung in der Schnelligkeit der Associationen drückt sich in den Klagen der melancholischen Geisteskranken über Gedankenarmuth aus, in der Langsamkeit, mit der Fragen beantwortet, Handlungen ausgeführt werden.

Sie findet sich bei der Melancholie, hier wohl aus instinctiver Furcht zu denken, weil jede geistige Thätigkeit Schmerz macht (etwa so, wie ein Kranker mit einer neuralgischen Affection das ergriffene Glied unbeweglich zu halten versucht), bei den verschiedensten Psychosen mit geistigen Schwächezuständen, der secundären Demenz nach primären functionellen Geistesstörungen, bei Intoxicationszuständen, besonders bei Alkoholismus, auch bei Myxödem, bei Epileptikern, bei organischer Demenz, wie besonders hervorstechend zuweilen bei Hirntumoren und nach apoplektischen Anfällen.

Die Herabsetzung der Kraft der Associationen zeigt sich:

a) In dem Fortfall der grösseren oder geringeren Betonung, mit welcher sich dieselben vollziehen, und welche ihnen unter normalen Verhältnissen eigen ist. Die Vorstellungen erscheinen gleichmässig und zwar gleichmässig wenig betont, erschweren unter diesen Umständen die Auswahl. Dadurch entsteht die Umständlichkeit der Erzählung derartiger Kranken, welche das Wesentliche von dem Unwesentlichen nicht zu trennen wissen, der Mangel der Kritik. Die Schwierigkeit der Bildung neuer Associationen zeigt sich zuweilen in der Wiederholung eines und desselben eintönigen Wortes als Antwort auf die verschiedensten Fragen (Perseveration).

b) In dem theilweisen oder völligen Verlust früher erworbener Begriffe mit der Unfähigkeit neue zu bilden.

Zuerst tritt diese letztere auf, später gehen die zuletzt erworbenen Begriffe und diejenigen, welche nur selten benutzt wurden, verloren, am längsten bleiben die in ausgeschliffenen Bahnen regelmässig geübten erhalten. Ihr Erhaltenbleiben verdanken sie der noch vorhandenen Reproductionsfähigkeit. Hierher gehören die äusseren Formen bei Officieren, das formell richtige Receptschreiben bei Aerzten, die Formalia gerichtlicher Proceduren bei Juristen u. s. w. in späteren Stadien der Geisteskrankheit.
Auch die früher vorhandenen Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen verblassen allmälig, gehen schliesslich ebenfalls zu Grunde oder leuchten nur gelegentlich auf.

Diese Zeichen herabgesetzter oder schliesslich erloschener Geistesthätigkeit bilden die wesentlichen Merkmale des sogenannten Schwach-

sinns (niederer Grad) und Blödsinns (höherer Grad). Der letztere endet schliesslich in dem vollen Untergang der Persönlichkeit.

Die geistige Schwäche führt öfter mit einem gewissen Krankheitsbewusstsein verbunden zu dem Mangel an Selbstvertrauen, an Energie und Entschlussfähigkeit, zu der sogenannten Willenlosigkeit (Abulie) vieler Schwachsinniger.

Vorübergehend sind derartige Zustände unvollständiger oder auch völliger Lähmung der Associationen Zeichen der Störung des Bewusstseins, welche in den Dämmer- und Stuporzuständen auftritt, sie kommen ferner vor in der Dementia acuta und bei apoplektiformen oder epileptiformen Anfällen der verschiedensten organischen Geisteskrankheiten.

III. Die Störungen der Reproduction.

Vermittelst der Reproductionskraft sind wir im Stande, Sinneswahrnehmungen, Vorstellungen mit den aus ihnen hervorgehenden Urtheilen, Schlüssen, auch den Gesammtinhalt, welchen das Bewusstsein in einem gegebenen Augenblick hatte, uns wieder vorzustellen. Man bezeichnet diese Fähigkeit mit „Erinnerungsvermögen".

1. Krankhafte Steigerung des Erinnerungsvermögens. Hypermnesie.

Sie wird vor Allem beobachtet bei der Manie (cf. diese) und besteht einmal in der der Beschleunigung der Associationsvorgänge entsprechenden leichten Hervorrufung der Erinnerungsbilder überhaupt, wie auch in der Vermehrung der Kraft, mit welcher dunkle Bilder aus früherer Zeit zu Tage gefördert werden können.

Aehnliches kommt bei hysterischen Zuständen und in den ersten Stadien gewisser Intoxicationen (Alkohol, Morphium) vor.

2. Verfälschung des Erinnerungsbildes. Paramnesie.

Dazu, dass das reproducirte Bild der ursprünglich aufgenommenen Wahrnehmung entspricht, zu einem treuen Gedächtniss gehört, dass:

1. jene Wahrnehmung bei ihrer Entstehung von einer gewissen Aufmerksamkeit und einer gewissen normalen Gefühlsbetonung begleitet und dadurch reproducirbar wurde (die Reproducirbarkeit wird erleichtert durch Wiederholung, erschwert nach langem Zwischenraum);

2. dass, wenn es sich um einen Vergleich eines augenblicklichen Eindrucks mit einem früher gehabten handelt, die augenblickliche Wahrnehmung in normaler Weise vor sich geht, und

3. dass ein normales Associationsvermögen, welches zur Identification der jetzigen Vorstellung mit der früheren erforderlich, vorhanden ist.

Fehlt eine oder die andere dieser Bedingungen, so kann es zur Verfälschung des Erinnerungsbildes kommen, welche in folgender Weise sich bildet und sich äussert:

1. Das zu reproducirende Bild ist, weil die oben erwähnten Bedingungen bei seiner Aufnahme nicht vorhanden waren, nicht genügend hell.

Bei Gesunden kommen derartige Störungen der Erinnerungen vor, weil sie „zerstreut“ bei der Aufnahme des ersten Bildes waren, es nicht genügend scharf in sich aufgenommen haben. Bei Dementen, besonders bei der progressiven Paralyse und dem Altersblödsinn zeigt es sich z. B. in folgender Weise: der Arzt stellt sich heute dem Kranken vor, die mangelnde Merkfähigkeit lässt den letzteren das Bild jenes nicht genügend fixiren, und morgen sieht der Kranke in dem ihn wieder besuchenden Arzt irgend einen Bekannten aus früherer Zeit.

Dementsprechend sind auch die Erinnerungsbilder des genesenen Geisteskranken aus der Zeit der Höhe der Krankheit, wenn sie überhaupt vorhanden, häufig gefälscht, nur ausnahmsweise völlig treu, wobei noch die Störung in Betracht zu ziehen ist, welche die Sinneswahrnehmung durch Hallucinationen und Wahnvorstellungen erlitt.

2. Das augenblicklich percipirte Bild kommt nicht in normaler Weise zu Stande.

Bei mangelnder Aufmerksamkeit, bei schnellem Wechsel der das Individuum beschäftigenden Vorstellungen ist die Aufnahme des Bildes flüchtig, und unwesentliche Bestandtheile desselben genügen, um z. B. zu einer Identification mit einer im Gedächtniss bewahrten Person zu führen (cf. S. 17).

3. Die Association, welche zum Vergleich der augenblicklichen Wahrnehmung mit einer früheren erforderlich, ist krankhaft gestört oder es werden die Erinnerungsbilder gewisser Thatsachen mit anderen früheren oder jetzt vorhandenen Vorstellungen associirt, welche weder sachlich noch zeitlich zu den ersteren gehören.

Die häufigsten hierher gehörigen Erinnerungsfälschungen sind diejenigen, bei welchen sich augenblicklich herrschende Wahnvorstellungen in den Erinnerungsprocess hineinmischen. Der Kranke glaubt in seiner Umgebung die höchsten Würdenträger des Staates an Merkmalen in ihrem Gesicht, ihrer Statur zu erkennen — entsprechend seinen Grössenvorstellungen — oder leugnet die Identität gewisser, ihm früher bekannter Personen — entsprechend seinen Verfolgungsvorstellungen. (Siehe Delirium palingnosticum und metabolicum.)

Manche Kranke wandeln auch die in ihrem Gedächtniss aufbewahrten Wahrnehmungen und Ereignisse dem Wahnsystem entsprechend um (retroactive Wahnbildung, Sommer).

Der Kranke erinnert sich, dass schon in seiner Jugend sein angeblicher Vater durch seine Blicke und Gesten angedeutet habe, dass er nicht sein Vater sei. „Nicht ohne Absicht wurde mir als eines der ersten Worte ‚cochon' zum Decliniren gegeben."

(Bei Paranoia besonders häufig, oft aber auch bei Melancholikern.)

Als Erinnerungsfälschung ist ferner jenes Spiel ungeordneter Association zu bezeichnen, bei welchem augenblickliche Wahrnehmungen, Umbildung derselben durch Illusionen, Träume, Wahnvorstellungen, Erinnerungsbilder aus Büchern und Zeitungen wild durch einander geworfen werden und den Kranken zur Erzählung der staunenswerthesten Erlebnisse, der merkwürdigsten Jagdgeschichten oder schrecklicher Räubergeschichten veranlassen. (Confabulationen, Hallucinationen der Erinnerung, Sully.)

Mit gleichzeitigem Verlust der Merkfähigkeit und bei völligem Mangel der Orientirung über Zeit und Ort bildet diese Art der Paramnesieen ein wesentliches psychisches Krankheitssymptom bei der Korsakoff'schen Krankheit (siehe diese).

Während diese Paramnesieen meist nur bei Zuständen von Benommenheit oder erheblicher geistiger Schwäche vorkommen, kann eine Erfindung und Reproduction nicht stattgehabter Ereignisse auf pathologischer Grundlage bei anscheinend völlig erhaltener Besonnenheit vorkommen. Wünsche und Hoffnungen, romanhafte Phantasieen, Neigungen und Abneigungen werden meist mit einem kleinen Kern wirklicher Vorgänge zu Ereignissen zusammengeschweisst, deren Bericht in seinem Effect in der Regel egoistischen Zwecken dienen soll. (Pseudologia phantastica, pathologische Lügner und Schwindler, Delbrück.)

Besonders, wenn der Kranke seine Geschichten immer und immer wieder erzählt hat, zweifelt er schliesslich selbst nicht mehr an deren realen Existenz, um so weniger, als ein Zustand geistiger Schwäche eine kritische Beurtheilung regelmässig erschwert.

Als identificirende Form der Erinnerungstäuschung (Sander) wird jener Vorgang bezeichnet, bei welchem der Eindruck entsteht, als ob man die augenblickliche Umgebung schon einmal gesehen, als ob man das, was man augenblicklich sieht oder hört, in derselben Weise schon einmal gesehen oder gehört hätte, kurz, als ob man die Situation, in welcher man sich augenblicklich befindet, in ganz gleicher Weise schon einmal durchgemacht hätte.

Der eigenthümliche, überraschende Vorgang hat meist etwas Schreckhaftes an sich, die Person wartet auf das, was sich nun Ungewöhnliches ereignen wird; zuweilen zaubern Illusionen dann neue Bilder hervor.

Diese gelegentlich auch bei Gesunden, besonders unter dem Einfluss körperlicher oder geistiger Erschöpfung, vorkommende geistige Abnormität findet sich öfter bei Epileptikern (hier auch intermittirend und periodisch im Anschluss an heftige Attaquen vorkommend), bei Alkoholikern, zuweilen auch bei Paranoikern.

3. Die krankhafte Herabsetzung und Vernichtung des Erinnerungsvermögens. Amnesieen.

In der mildesten Form zeigt sich die Schwäche des Erinnerungsvermögens in dem längere Zeit dauernden „Besinnen", d. h. der Verlängerung der mittleren Zeit, in welcher ein Erinnerungsbild in das Bewusstsein gerufen werden kann.

Bei der allgemeinen Hemmung der geistigen Thätigkeit, wie sie besonders die melancholischen Zustände zeigen, ist jene Störung eine gewöhnliche, wobei aber in Betracht gezogen werden muss, dass auch die Productionszeit des aufgetretenen Erinnerungsbildes nach aussen ebenfalls verlängert ist. Dasselbe gilt von allen Zuständen geistiger Schwäche, soweit hier nicht etwa Verlust des Erinnerungsbildes besteht.

Die Amnesie braucht nur eine bestimmte, im Cortex localisirte Reihe von Erinnerungsbildern zu treffen.

Es können die Erinnerungsbilder des acustischen wie des motorischen Sprachcentrums (sensorische und motorische Aphasie), die Wortbilder (Alexie und Agraphie) u. s. w. isolirt zerstört werden. Die Besprechung dieser Erkrankungen gehört in die specielle Pathologie der Hirnkrankheiten.

Die Amnesie kann ferner insofern eine partielle sein, als nur einzelne Thatsachen der Erinnerungsfähigkeit aufbewahrt bleiben oder der Eindruck einer durchgemachten Situation im Ganzen, nicht in seinen Einzelheiten festgehalten werden kann (summarische Erinnerung).

Diese Art der Amnesieen besteht zuweilen für epileptische, alkoholistische, tobsüchtige Zustände, auch für die Dämmer- und Stuporzustände, wie die des Delirium hallucinatorium.

Sie wird auch öfter beobachtet nach Kopfverletzungen, indem die Kranken über den Unfall, welcher sie getroffen, nur summarisch berichten können.

Die Amnesie der Greise, welche ebenfalls oft in der Art eine partielle ist, als sie sich nur auf die jüngste Vergangenheit bezieht, beruht auf dem Verlust der Merkfähigkeit in dieser Zeit. Aehnliches wird bei der progressiven Paralyse wie bei anderen organischen Geisteskrankheiten beobachtet.

Amnesie, in sehr verschiedenem Grade, besteht:

1. für das, was in den Zuständen der Trübung oder Aufhebung des Bewusstseins oder Selbstbewusstseins sich ereignete, da in diesen Zuständen eine Aufnahme von reproducirbaren Bildern entweder gar nicht oder nur in beschränktem Grade stattfindet (Delirium hallucinatorium, Zustände von Stupor oder Tobsucht, epileptische, hysteroepileptische Anfälle).

2. In den Zuständen der Aufhebung des Selbstbewusstseins. Hier kann die Amnesie einen Grad erreichen, dass der Kranke nicht weiss, wie er heisst, wo er wohnt u. s. w. Hierher gehört auch die Amnesie in den Zuständen des doppelten oder alternirenden Bewusstseins (cf. S. 53).

3. Bei geistigen Schwächezuständen.

Hier haften in der Regel am längsten die Erinnerungsbilder, welche oft geübt sind: die Kranken erkennen ihre nächsten Angehörigen noch, alle ferner Stehenden haben sie vergessen, es bleibt noch das in früher Jugend ordentlich Gelernte erhalten, die späteren Erwerbungen schwinden, schliesslich geht Alles, selbst das Gedächtniss der eigenen Persönlichkeit verloren.

Mit dem Namen der retroactiven oder retrograden Amnesie hat man denjenigen Verlust von Erinnerungsbildern belegt, welcher sich nicht bloss auf den Beginn und die Zeit des krankhaften Zustandes bezieht, sondern sich auf eine kürzere oder längere Zeit vor der Erkrankung erstreckt.

Zuweilen betrifft dieser Ausfall eine genau abgegrenzte Reihe von Tagen, Monaten oder selbst Jahren, während das vor diesem Zeitraum Erlebte sehr gut reproducirt werden kann. Dabei zeigen derartige Kranke oft keine Anomalie in ihrer Besonnenheit und sind sich der krankhaften Störung bewusst.

Andere dagegen füllen die Zeit, für welche die Gedächtnisslücke besteht, mit allerhand thatsächlich nicht vorhanden gewesenen Ereignissen aus, sie confabuliren, ohne dass die Confabulation jene phantastische Höhe der Paramnesieen erreicht, mehr als eine Ausrede erscheint.

Es kann allmälig, besonders nach apoplektischen Insulten, auch eine geringere oder grössere Menge von Erinnerungsbildern zurückkehren, öfter bleiben sie dauernd verschwunden. Ausser nach apoplektischen Insulten sieht man retrograde Amnesie nach Erhängungsversuchen, Kohlenoxydvergiftungen, nach Traumen des Kopfes, nach epileptischen, eklamptischen, hysterischen Anfällen, bei welchen sie zuweilen periodisch auftreten, wie nach den paralytischen Anfällen bei progressiver Demenz.

IV. Die Störungen der Gefühle.

1. Störungen der sinnlichen Gefühle.

Dieselben können bestehen:

a) in einer krankhaften Steigerung;

b) in einer krankhaften Herabsetzung und

c) in einer krankhaften Umkehr, d. h. in Hervorrufung von Lustgefühlen da, wo unter normalen Verhältnissen Unlustgefühle (Ekel) entsteht.

a) Krankhafte Steigerung der sinnlichen Gefühle.

Dieselbe äussert sich in Bezug auf das Hungergefühl als Gefrässigkeit, wie sie bei Idiotismus, den verschiedenen secundären geistigen Schwächezuständen, bei katatonischen Geistesstörungen, besonders häufig auch bei der progressiven Paralyse sich zeigt.

Selten ist bei denselben Kranken gleichzeitig eine krankhafte Steigerung des Durstgefühls, und wird dieselbe immer Veranlassung sein müssen, den Urin wiederholt zu untersuchen (Diabetes mellitus, Diabetes insipidus).

Dagegen zeigt sich im Beginn der Manie, ferner im Beginn der progressiven Paralyse sehr häufig eine Neigung zu übermässigem Genuss alkoholischer Getränke.

Eine solche gesteigerte Lust kann auch periodisch auftreten und wird dann mit Dipsomanie (Hufeland) bezeichnet[1]).

Periodische Trunksucht entsteht unter folgenden Bedingungen:

1. Hereditarier, besonders solche, welche von Alkoholikern abstammen, Imbecille mit geringer psychischer Widerstandskraft fangen in gewissen unregelmässigen Zwischenräumen an unaufhörlich zu trinken, besonders wenn ihnen neue Aufgaben erwachsen oder wenn sie Widerwärtigkeiten vergessen wollen (Pseudodipsomanie, Legrain).

2. Die Trunksucht beginnt mit einem Anfall periodischer Manie, das Trinken ist durch den manischen Zustand bedingt, ein Symptom desselben, die alkoholistischen Erscheinungen verdecken zum Theil die Erscheinungen der Manie.

3. Dieselbe kann die manische Phase einer circulären Psychose decken. bei welchen die depressive Phase wenig ausgeprägt, auch unter Vorwürfen und Selbstanklagen über die vorangegangene Ausschweifung verlaufen kann.

4. Das periodische Trinken kann durch eine periodische Melancholie oder Hypochondrie hervorgebracht werden. Der Kranke hat bei einem früheren Anfall die günstige Wirkung des Alkohols in Bezug auf Betäubung seiner psychischen Schmerzen oder seiner körperlichen Beschwerden erprobt

---

[1]) Die Dipsomanie. Eine wissenschaftliche Studie von R. Gaupp. Jena 1901.

und wendet das Mittel bei dem Beginn des neuen Anfalls an. In ähnlicher Weise kann Dipsomanie bei periodisch auftretenden Neurosen entstehen.

5. Auf dem Boden der Hysterie kann periodisch gleichzeitig mit einer völligen Abneigung gegen Nahrungsmittel, wie eine Pica, eine gesteigerte Lust zum Genuss von alkoholischen Getränken auftreten.

6. Die Dipsomanie kann epileptischer Natur sein und auch wie ein epileptischer Dämmerzustand periodisch verlaufen.

Das klinische Bild, welches der Dipsomane bietet, ist wechselnd, je nach der Ursache, welche dem Drang zu alkoholischen Getränken zu Grunde liegt und wird zudem verwischt durch die Erscheinungen des Alkoholismus. Sie als eine besondere Krankheit darzustellen erscheint ebenso verfehlt wie die Lehre von den Monomanieen.

(Esquirol sprach von einer Monomanie d'ivresse.)

Bei vielen Dipsomanen besteht in der Zwischenzeit zwischen den Anfällen ein völliger Abscheu vor alkoholischen Getränken, in anderen Fällen geht die Dipsomanie in chronischen Alkoholismus über, nachdem die anfallsweise auftretenden Excesse wiederholt zum Delirium tremens geführt hatten.

Die krankhafte Steigerung der sexuellen Gefühle zeigt sich in dem übermässigen Cohabitiren (besonders im Beginn der Manie und der progressiven Paralyse), in starkem Onaniren (bei jenen, wie bei den verschiedensten Arten der Pubertätspsychosen, auch bei hysterischen Psychosen, speciell im Klimakterium, zuweilen nach apoplektischen Insulten und öfter im Beginn der senilen Demenz).

Sie führt bei Männern zur Satyriasis, bei Frauen zur Nymphomanie, bei beiden zum Narcismus (Betrachtung des eigenen nackten Körpers mit wollüstigen Vorstellungen).

Zuweilen bedienen sich Männer zur Steigerung ihrer Wollust speciell auch zur Durchführung des Onanirens besonderer Gegenstände, welche Frauen benutzt haben: Taschentücher, Schürzen, Zöpfe (Fetischismus von fetisso, portugiesisch = Zauber).

Als eine Abnormität sexueller Gefühle ist auch das Onaniren im frühen Kindesalter (im Alter von 2—3 Jahren) und die als Paradoxia sexualis beschriebene geschlechtliche Erregung bei Kindern von 8—10 Jahren (in der Regel mit Imbecillität, Neigung zu unmoralischen Handlungen verbunden) zu erwähnen. Eine Steigerung sexueller Gefühle zeigt sich zuweilen gleichzeitig mit Angstgefühlen bei schwerer Hypochondrie und hypochondrischer Melancholie. Der Drang zum Onaniren überwindet hier alle guten Vorsätze; die Onanie selbst wird die Quelle neuer Anschuldigungen. In manchen Fällen wird Onanie — ohne Steigerung sinnlicher Gefühle — als Heil- oder Linderungsmittel gegen die bestehenden Qualen von Hypochondern oder hypochondrischen Paranoikern benutzt.

b) Die krankhafte Herabsetzung resp. Vernichtung der sinnlichen Gefühle

äussert sich in Bezug auf das Hungergefühl als Anorexie bis zur Nahrungsverweigerung (Sitophobie) (cf. diese); schon der Gedanke an Essen erregt Ekel, in Bezug auf das Durstgefühl als Hydrophobie, welche, abgesehen von der Lyssa humana, auch bei Psychosen, bei Dipsomanen nach Beendigung des Anfalls, bei hypochondrischen Psychosen mit Angst, von einem tollen Hunde gebissen zu sein, bei hysterischen Psychosen auftreten kann.

Mit der häufigen und anstrengenden Zusammenziehung unserer Muskeln verdichtet sich jene Empfindung, welche wir als Muskelgefühl bezeichnen, zu einem Ermüdungsgefühl. Dieses Ermüdungsgefühl kann ebenfalls unter krankhaften Bedingungen fehlen.

Besonders bei Tobsüchtigen ist Fehlen des Hunger- und Durstgefühls wie des Ermüdungsgefühls eine gewöhnliche Erscheinung.

Herabsetzung resp. völliges Fehlen sexueller Gefühle wird bei Hereditariern, bei Idiotismus, beim Alcoholismus chronicus, bei organischen Psychosen (mit tabischen Erscheinungen), in den vorgeschrittenen Fällen von Demenz beobachtet.

c) Die krankhafte Umkehr im Lustgefühle da, wo unter normalen Verhältnissen Unlustgefühle entstehen.

Den Uebergang vom Physiologischen zum Pathologischen bilden hier die unter dem Namen „Pica" bezeichneten Gelüste der Schwangeren und hysterischen Personen.

Bei Geisteskrankheit (im Zustande der Tobsucht, bei hochgradiger Demenz, bei Epileptikern) kommen die als „Koprophagen" bezeichneten Kothesser und Urintrinker vor, bei denen im Uebrigen wohl gleichzeitig eine Anästhesie der betreffenden Sinnescentren besteht. Auch „Anthropophagen" wurden beobachtet (Alkoholisten, Epileptiker).

Eine besonders wegen ihrer forensischen Bedeutung ausgedehnte Bearbeitung haben die Perversitäten in Bezug auf das Sexualgefühl erfahren, welche zu entsprechenden strafbaren Handlungen geführt haben.

Dieselben können unter folgenden Formen erscheinen:

1. Als conträre Sexualempfindung mit oder ohne Befriedigung der geschlechtlichen Lust bei demselben Geschlecht: Päderastie bei Männern und lesbische Liebe (Tribadie) bei Frauen.

Sie kommt bei Geistesgesunden, bei Wollüstlingen, öfter bei hereditär schwer Belasteten, im Beginn von Psychosen, so besonders im Beginn der progressiven Paralyse, auch bei Alkoholisten vor. In einzelnen Fällen wird Päderastie getrieben, weil der passive Päderast sich an der Sinnlichkeit des activen ergötzen will.

2. Als Exhibitionismus, Entblössung des männlichen Gliedes auf der Strasse mit oder ohne onanistische Bewegungen. (Bei Weibern Entblössung der Brüste.) Derselbe kann sehr verschieden begründet sein und entsteht:

a) Um sich selbst Wollustempfindungen dadurch zu erzeugen, dass weibliche Personen das nackte Glied sehen und diese, wie der Exhibitionist annimmt, sinnliche Erregungen bekommen.

Wie entscheidend hierbei, wie bei anderen öfter wiederkehrenden abnormen Handlungen, das erste Auftreten der Handlung ist, zeigt mir folgender forensischer Fall: Ein Lehrer von bestem Leumund war, als er

15 Jahre alt war, von einem Dienstmädchen überrascht worden, als er onanirte. Dieselbe amüsirte sich sehr darüber. Seitdem hat er nur Vergnügen am Onaniren, wenn dies ein weibliches Wesen sieht und er den Gedanken hat, dass dieses sinnlich dabei erregt wird. Er zieht zu diesem Zweck auf der Strasse den Penis heraus und wartet, bis eine weibliche Person nahe ist.

b) Als Aeusserung hypochondrischer Angstempfindung mit Localisation in den äusseren Genitalien, welche nur eine ohne Rücksicht auf die Umgebung erfolgende Entblössung der Geschlechtstheile lindert.

c) Im epileptoiden Anfall (relativ häufig), in welchem sich oft dieselbe Handlung immer und immer wiederholt.

d) Im Beginn der progressiven Paralyse und der senilen Demenz, ferner bei Alkoholisten und Epileptikern; bei Verlust der intellectuellen Gefühle für Anstand und Sitte, Strafbarkeit u. s. w.

e) Bei Imbecillen, bei welchen es zur Entwicklung dieser Gefühle nicht gekommen ist.

3. Als sexuelle Gefühle zu Kindern. Bei Wollüstlingen, auch bei Hereditariern, bei Imbecillen und Idioten, bei letzteren zuweilen „weil erwachsene Mädchen sie abweisen“, besonders aber bei Epileptikern, Alkoholisten, bei Apoplektikern, in der senilen Demenz.

4. Als Steigerung sexueller Gefühle durch Verletzung seines Opfers, eines Weibes oder Knaben (Sadismus, im höchsten Grade Lustmord) oder durch Verletzung der eigenen Person (Masochismus).

5. Als Lust zur sexuellen Befriedigung mit Thieren (Sodomie), mit Leichen (Nekrophilie), besonders bei Epileptikern, dann auch bei Alkoholisten und Imbecillen.

6. Endlich gehören hierher auch die Gefühle sinnlicher Liebe und Ausführung des Beischlafs zwischen Verwandten auf- und absteigender Linie (§ 173 Str. G. B.) (Blutschande, Incest), bei Imbecillen, zuweilen auf dem Boden paranoischer Wahnvorstellungen.

Ein Mann schwängerte seine imbecille 18jährige Tochter, um mit ihr, der Jungfrau, den zweiten Heiland zu erzeugen, wozu er sich durch seine göttliche Mission berufen glaubte.

Die Summe der sinnlichen Gefühle fassen wir mit dem Namen Gemeingefühl zusammen.

Dasselbe befindet sich im labilen Gleichgewicht, wenn jene Gefühle normale sind, es wird zum Krankheitsgefühl, wenn irgendwelche krankhafte Vorgänge in den Organen des Körpers dem Bewusstsein einen schmerzhaften Reiz zutragen.

Bei Geisteskranken kann ein Krankheitsgefühl speciell mit Rücksicht auf die bestehende Hirnkrankheit vorhanden sein. So z. B. bei Imbecillen, zuweilen bei Intoxicationspsychosen, öfter im Beginn der Psychose. Es kann sich das Gefühl einer bestimmten Veränderung zur Krankheitseinsicht steigern, so im Beginn der Anfälle bei periodischer oder circulärer Psychose; nicht selten auch im Beginn der progressiven Paralyse mit richtig gestellter Diagnose seitens des Kranken.

Meist ist jedoch das Krankheitsgefühl abnorm gesteigert oder abnorm herabgesetzt resp. völlig fehlend.

Die abnorme Steigerung finden wir bei Psychosen mit hypochondrischen Wahnvorstellungen, besonders der hypochondrischen Melancholie und Paranoia.

Das Krankheitsgefühl ist herabgesetzt, resp. fehlt bei der Melancholia moralis: ich bin völlig gesund, aber schlecht; bei der Manie, bei welcher ebenso wie in manischen Stadien anderer Psychosen selbst die Krankheitsgefühle, welche thatsächlicher Krankheit (Herz-, Lungenkrankheiten) entsprechen, schwinden.

Intercurrent tritt Krankheitsgefühl und selbst Krankheitseinsicht bei der Manie, beim Delirium hallucinatorium auf.

2. Störungen der Urtheilsgefühle.

a) Krankhafte Steigerung derselben.

Steigerung einzelner Urtheilsgefühle, besonders des religiösen Gefühls mit Frömmigkeit und Versündigung als Gegensätze, sind bei Geisteskranken nicht selten.

Ein übermässiger krankhafter Hang zur Frömmigkeit, zu „Wiedererweckung", zur Betheiligung an neuen religiösen Secten kommt bei Imbecillen, Hysterischen, Epileptikern, eine Uebertreibung des Versündigungsgefühls bei Melancholikern, wie bei den melancholischen Stadien der verschiedensten Psychosen vor.

b) Krankhafte Herabsetzung.

Gleichgiltigkeit gegen das, was gut und böse ist, Mangel altruistischer Gefühle bei Erhaltenbleiben, ja Steigerung der egoistischen, Interesselosigkeit sowohl für das Erhabene wie Niedrige, das Schickliche und Unschickliche ist bei allen geistigen Schwächezuständen in grösserem oder geringerem Grade vorhanden.

Bei dem Idiotismus kommt es überhaupt nicht zur Entwicklung dieser Gefühle, bei den functionellen Psychosen deutet der andauernde Verlust jener Gefühle bei Nachlassen der anderweitigen krankhaften Symptome auf den Ausgang in secundäre Demenz. Zuweilen bildet das Zurücktreten der intellectuellen Gefühle das erste Merkzeichen für eine organische Psychose, so bei der progressiven Paralyse und der senilen Demenz. Die Kranken begehen in Worten und Thaten Unanständigkeiten, ordnen ihre Toilette nicht, kommen mit dem Hut auf dem Kopf in Gesellschaft, bringen puellae publicae in ihre Familien u. s. w.

Im frühen Stadium des chronischen Alkoholismus pflegt die Gleichgiltigkeit gegen das Geschick der Familie, gegen die mangelnde Achtung und den Abscheu früherer Freunde, die Vorhaltungen ihrer nächsten Angehörigen, endlich gegen die Conflicte mit der Polizei, die Bestrafungen, die Einschliessungen in die Correctionshäuser, die Abnahme resp. das Verschwundensein jener Gefühle zu bekunden.

Während ein Theil der epileptischen Psychosen ebenfalls in der soeben geschilderten Weise den Verlust der Urtheilsgefühle documentirt, zeigt sich bei hysterischen Psychosen bei Mädchen und Frauen öfter in dem Anknüpfen von Liebesverhältnissen mit niedrigen und untergeordneten Subjecten, in nackter Entblössung vor dem Arzt u. s. w. der Mangel der

ethischen Gefühle. Manici zeigen im Beginn ihrer Krankheit sehr oft ein rücksichtsloses und unanständiges Betragen, begehen Sittlichkeitsverbrechen, Diebstähle u. s. w.

Zuweilen bleibt in der Reconvalescenz eine Herabsetzung intellectueller Gefühle noch einige Zeit bestehen, während die übrigen Zeichen der Geisteskrankheit verschwunden sind.

c) Krankhafte Umwandlung der Urtheilsgefühle.

Die Perversität besteht darin, dass der Kranke besondere Freude an denjenigen Handlungen findet, welche Anderen Schmerz bereitet.

Solche Kranke haben zuweilen schon in früher Jugend eine besondere Freude, Thiere zu quälen, sie grausam zu tödten, sie zerstören und verunreinigen die Schulsachen ihrer Gespielen, sie stehlen, zünden Feuer an, und nicht die That als solche macht ihnen Freude, als vielmehr der Gedanke, welche Unlust und Schmerz diejenigen erfahren, welche sie durch ihre That schädigen.

Dabei pflegt es ihnen auch eine besondere Lust zu bereiten, wenn sie durch Lügen Andere täuschen können.

Das Gefühl der Beschämung fehlt, wenn dem Lügner die Unwahrheit nachgewiesen, und das Fehlen des ersteren begünstigt die Wiederholung des Lügens.

Im weiteren Verlauf des Lebens kommt es zu der verschiedensten Art von Verbrechen.

Man hat die mangelhafte Entwicklung resp. den Verlust der Urtheilsgefühle und die Umkehr der Sittlichkeit in Unsittlichkeit, ein Zustand, welcher nach aussen hin oft durch Verbrechen oder wenigstens verbrecherische Neigungen sich geltend macht, als eine specielle Geisteskrankheit bezeichnet, welche für sich allein ohne Vorhandensein anderer Störungen der geistigen Thätigkeit bestehen könnte und sie moralischen Wahnsinn (Prichard)[1]) genannt.

(Bereits 1819 hatte Grohmann von moralisch unmittelbarer Desorganisation des freien Willens, dem moralischen Stumpfsinn, der Brutalität des Wollens und dem moralischen Blödsinn gesprochen.)

Demgegenüber muss jedoch daran festgehalten werden, dass ein Mensch, welcher lediglich und allein jene Abnormitäten zeigt, ein Verbrecher ist, und dass es sich nur dann um einen Kranken handeln kann, wenn auch anderweitige Symptome geistiger Krankheit nachzuweisen sind.

Die Symptomengruppe des sog. moralischen Wahnsinns kommt vor:

---

[1]) Mendel in Eulenburg's Realencyclopädie. Näcke, Neurolog. Centralbl. 1896. Binswanger, Volkmann's Sammlung klin. Vorträge 1887. Cramer, Münchner med. Wochenschrift 1898, Nr. 46.

1. Vorzugsweise bei Imbecillen, bei denen es sich nicht um Verlust oder Umkehr der Urtheilsgefühle, sondern um eine mangelhafte Entwicklung derselben handelt, welche verbunden ist mit den Zeichen intellectueller Schwäche. Es handelt sich um Menschen, welche fast immer erheblich hereditär belastet, schon vor der Schulzeit durch ihr grausames Verhalten gegen Thiere, durch ihre Unverträglichkeit mit den Geschwistern, durch ihren Ungehorsam gegen die Eltern sich auszeichnen. In der Schule sind sie unaufmerksam, faul, stören den Unterricht durch ungeberdiges Verhalten, nehmen den Mitschülern Gegenstände weg, zerstören diesen ihre Hefte und Bücher, lügen. Mit Noth und Mühe machen sie einige Klassen durch, oder wandern von einer Schule in die andere, von einer Pension in die andere. Ueberall machen sie sich durch ihre Ungezogenheit, durch ihre verbrecherischen Neigungen, zu denen oft lange vor der Pubertätszeit Onanie, öfter sittliche Vergehen (Paradoxia sexualis) treten, unmöglich. Dasselbe wiederholt sich, wenn sie aus der Schule entlassen, irgendwelche Berufsthätigkeit aufnehmen. Durch Vagabundiren, Stehlen, Feueranlegen kommen sie mit der Polizei und dem Strafgesetz in Conflict, werden, wenn eine sachverständige Untersuchung ihres Geisteszustandes nicht erfolgt, verurtheilt und setzen nach Verbüssung der Strafe ihr früheres Leben wieder fort. Ein Theil der Gewohnheitsverbrecher setzt sich aus diesen Imbecillen zusammen.

Sehr häufig bestehen bei denselben von Jugend auf Kopfschmerzen, Schwindel, epileptoide, epileptische Anfälle.

Meist wird eine grosse Zahl von Degenerationszeichen, besonders Missbildungen des Schädels, Verbildung der Ohren, auch Hasenscharte, Wolfsrachen, Missbildungen an den Geschlechtstheilen u. s. w. gefunden.

2. Bei Alkoholisten mit anderen Zeichen der chronischen Alkoholvergiftung und bei Morphinismus.

3. Bei Epileptikern mit den Zeichen der epileptischen Psychose.

4. Im Beginn der progressiven Paralyse, wie auch der Dementia senilis, in beiden Fällen mit den Zeichen geistiger Schwäche verbunden.

5. Bei hysterischen Psychosen, häufig besonders mit Anomalieen nach der Richtung der sexuellen Seite hin.

6. Im Beginn der Manie, besonders aber auch im manischen Stadium der circulären Psychose und recht häufig in den Anfällen der periodischen Manie.

7. Bei der Paranoia. Hier treten die unmoralischen Handlungen gegen alle möglichen, oft sonst gleichgiltige Personen als Rache „an der ganzen Welt“ für all die Unbill hervor, welche der Kranke von jeher, von seiner Kindheit an erlitten zu haben behauptet, thatsächlich in grösserem oder geringerem Grade auch unter Verkennung seines krankhaften Zustandes erlitten hat.

Giebt es demnach eine Geisteskrankheit nicht, welche als „moralischer Wahnsinn“ zu bezeichnen wäre, so giebt es noch viel weniger eine solche, welche lediglich in der Umkehr eines bestimmten intellectuellen Gefühls nach Analogie einer „fixen Idee“ bestünde.

Die Kleptomonomanie, die Pyromonomanie, die Mordmonomanie sind entweder keine Monomanieen, indem die verbrecherischen Neigungen als Theilerscheinungen einer Psychose auftreten, welche von sehr verschiedener Form sein kann, oder die angeblichen Monomanen sind als Verbrecher zu bezeichnen.

Ueber die „Aidoiomonomanen“ wurde bereits oben bei den Perversitäten des Sexualgefühls gesprochen.

V. Die Störungen im Zustande des Gemüths.

Die Summe der Gefühle, welche den Bewusstseinsinhalt begleiten, bezeichnen wir mit „Gemüth". Der Mangel der Entwicklung der Componenten, wie jede wesentliche Veränderung derselben aus krankhafter Ursache wird eine krankhafte Störung des Gemüths hervorbringen.

Den Einfluss der sinnlichen Gefühle auf das Gemüth zeigen z. B. die krankhaften Organgefühle seitens des Magens und Darms und die damit in Zusammenhang stehenden Verstimmungen des Gemüths.

Zwischen dem von Unlustgefühlen beherrschten Pessimisten, von dem der „Nörgler" nur eine Unterart ist, und dem frohen Optimisten giebt es ebensoviele Varietäten in der Gemüthsbeschaffenheit wie zwischen dem angsterfüllten Melancholiker mit einem panophobischen Delirium und dem in einem Meer von Glückseligkeit schwimmenden Paralytiker. Hypomelancholische Depression auf der einen Seite, hypomanische und manische Ausgelassenheit bilden Zwischenstufen.

Der völlige Verlust aller Lust- und Unlustgefühle, öfter mit einem gewissen Ueberrest sinnlicher Gefühle, wird mit Gemüthsstumpfheit bezeichnet, und bedingt mit dem Verlust der Intelligenz den apathischen Blödsinn, während dieselbe nur mit Schwächung der Intelligenz besonders bei Alkoholisten und Epileptikern beobachtet wird.

Die augenblickliche Lage des Gemüths wird mit Gemüthsstimmung bezeichnet.

Soweit dabei besonders hervortretende Gefühle vorhanden sind, ist die Gemüthsstimmung lediglich der Ausdruck jener Gefühle, und wird auf die Besprechung dieser verwiesen.

Hier soll nur auf die leichte Veränderlichkeit der Gemüthsstimmung bei Geisteskranken aufmerksam gemacht werden, den leichten und anscheinend völlig unmotivirten oder ungenügend motivirten Stimmungswechsel (Emotivität). „Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt", „Lachen und Weinen steckt in einem Sack".

Derselbe erscheint als ein hervorragendes Zeichen der Hereditarier, ist besonders häufig bei den hysterischen Psychosen, oft auch bei Epileptikern vorhanden, welche schnell hinter einander fluchen und beten. Oefter bleibt eine gewisse Emotivität als Rest überstandener Geisteskrankheit übrig.

Die plötzliche Aenderung der Gemüthslage im Affect zeigt sich als Zorn und Wuth, als Angst nach der Seite der Unlust-

gefühle, als Ausgelassenheit, übermässige Freude nach der Seite der Lustgefühle.

Die Aeusserung solcher Affecte, d. h. die Zeichen derselben nach aussen hin werden bei Geisteskranken um so mehr sich geltend machen, als die hemmenden Vorstellungen in ihrer Macht beschränkt, zurückgedrängt sind; der Affect wird pathologisch. Solche pathologische Affecte werden bei Imbecillen, Epileptikern, Alkoholisten, besonders auch bei Hereditariern beobachtet. Den Bewusstseinszustand dabei siehe S. 49.

Von diesen Affecten hat die Angst ein besonderes Interesse und das Hervortreten derselben als cardinales Symptom hat einzelne Autoren veranlasst, von einer besonderen Form von Psychosen, von Angstpsychosen (Wernicke) zu sprechen.

Die Angst kann durch Umdeutung gleichgiltiger sinnlicher Eindrücke in das Individuum bedrohende, durch schreckhafte Hallucinationen, durch quälende Vorstellungen, wie durch abnorme sinnliche Gefühle (Todesangst u. s. w.) hervorgebracht werden; einmal hervorgerufen, wandelt sie weitere Wahrnehmungen, Vorstellungen und Gefühle in ihrem Sinne um, und durch einen immer von Neuem sich wiederholenden krankhaften Reiz kann es zu einem wochen- und monatelang andauernden Angstzustande kommen, welcher sich mit gewissen Empfindungen localisirter Angst in der Herzgrube (Präcordialangst), im Kopf, in der Stirn, im Hals, in den Geschlechtstheilen verbinden kann.

Die Irradiation auf den motorischen Centralapparat führt in manchen Fällen weiterhin zu gewaltsamem Handeln (ängstliche Tobsucht z. B. in der Melancholie, Raptus melancholicus), oder zu einer völligen motorischen Hemmung (der Kranke ist starr vor Angst, „wie vom Donner gerührt“).

Das Nachlassen der Angst kann entweder den Nachlass der dieselbe hervorrufenden krankhaften Symptome und den Beginn der Heilung der Krankheit bedeuten oder aber den Eintritt einer allgemeinen Schwäche der psychischen Functionen signalisiren, welche den Uebergang der heilbaren Psychose in eine unheilbare kennzeichnet.

Der Nachlass des Affectes bei im Uebrigen unveränderten Krankheitserscheinungen ist im Allgemeinen prognostisch als ein ungünstiges Symptom zu betrachten.

Ausser bei der Melancholie, bei welcher der Angstaffect zu den gewöhnlichsten Erscheinungen zählt, wird derselbe bei den depressiven (melancholischen und hypochondrischen) Zustandsbildern der verschiedensten Psychosen beobachtet (progressive Paralyse, Dementia senilis, Delirium hallucinatorium), er entwickelt sich in charakteristischer Weise aus Hallucinationen bei Alkoholisten und nicht selten, ebenfalls aus Hallucinationen, bei Epileptikern.

War bisher von allgemeinen Angstzuständen mit unbestimmtem oder wechselndem Inhalt die Rede, so giebt es noch einen Angst-

affect, welcher an bestimmte Unlustgefühle und zwar im Bereiche der Gemeingefühle anknüpft.

Diese Angstaffecte sind unter dem Namen der Phobieen bekannt und verbinden sich im Wesentlichen mit der Furcht vor Krankheiten.

Die Auslösung der Angst bedingen entweder bestimmte äussere Verhältnisse oder gewisse abnorme Empfindungen im eigenen Körper. Zu den ersteren gehören die Agoraphobie (Platzangst), Monophobie, Hypsophobie (Angst bei Aufenthalt in grosser Höhe), Nyktophobie (Angst vor und während der Nacht), Klaustrophobie (Angst, in verschlossenem Zimmer zu verbleiben). Der Kranke fürchtet sich über einen grossen Platz zu gehen, weil er einmal einen Schwindelanfall auf einem solchen Platze oder auch nur Furcht vor dem Auftreten eines Schwindelanfalles hatte und dabei grosse Angst ausstand, weil kein Haus in der Nähe war. Er hat Angst vor der Angst, welche ihn wieder treffen könnte. Er fürchtet, allein zu sein, weil ihm etwas passiren könnte und er dann ohne Hilfe wäre. Er geht nicht über eine Brücke, steht nicht am offenen Fenster, weil er fürchtet, plötzlich schwindlig oder auch „umnachtet" werden zu können und in diesem Zustande herabspringen könnte.

Die Vorstellung einer plötzlich eintretenden Geisteskrankheit ist es auch, welche die „Messerangst" und ähnliche Zustände begründet. Der Kranke empfindet Angst bei dem Anblick eines Messers, da er plötzlich geisteskrank, „tobsüchtig" werden, mit dem Messer das Kind, sich selbst umbringen könnte.

In allen derartigen Fällen kommt es wesentlich darauf an, festzustellen, wie der psychische Vorgang war, als das erste Mal die Angst auftrat. Geschieht dies nicht, so ist häufig der logische Zusammenhang zwischen dem Angst hervorrufenden Object und dem subjectiven Zustand nicht zu erkennen. Bei Wiederholungen, besonders bei öfteren Wiederholungen, bei denen sich der Vorgang in ausgeschliffenen Bahnen vollzieht, kommt die ursprüngliche Begründung nicht mehr zum Bewusstsein, es scheint ein unmotivirter Zwang vorhanden zu sein, welchem auch jene Phobieen fälschlich den Namen der Zwangsvorstellungen eingetragen haben, während sie thatsächlich Angstvorstellungen sind, und, wie gezeigt, meist hypochondrischer Natur sind.

In diese Klasse der Phobieen gehören auch die Fälle, in welchen der Kranke überall Keime von Krankheiten, von Giften, von scharfen Gegenständen fürchtet, deren Berührung ihm selbst Krankheit oder Verletzung bringen müsste. (Bacillenfurcht, Arsenik-, Morphiumfurcht, Splitterangst, Nadelangst, Schmutzfurcht [Mysophobie]).

Man hat diese Zustände als Zweifelsucht mit Berührungsfurcht (Folie du doute avec délire du toucher) bezeichnet.

Als Consequenz der Angst, sich durch Gift oder Schmutz zu schädigen oder geschädigt zu haben, tritt in manchen Fällen der Drang zum Waschen auf, welchem der Kranke widerstandslos nachgiebt (Waschmanie).

Diese Zweifelsucht mit Berührungsfurcht tritt bei Weitem häufiger beim weiblichen, als beim männlichen Geschlecht, besonders im Alter zwischen 25—35 Jahren, auf, zeigt sich zuweilen als Steigerung einer Hypochondrie bei schwer Belasteten, und tritt gelegentlich bei dem Ausbruch von Epidemieen zuerst hervor.

Der Zustand verläuft mit Exacerbationen und Remissionen, heilt selten völlig, führt aber nur ausnahmsweise in Irrenanstalten und zu einem geistigen Schwächezustand. Allerdings wird der Cirkel, in dem sich der Kranke bewegt, und in welchem seine Interessen sich concentriren, immer enger, wenn der Zustand nicht entsprechend behandelt und nicht gebessert wird. Er kann zu einem völligen Abschluss von den Menschen führen.

Die Behandlung wird im Wesentlichen eine psychische sein, welche methodische Kaltwasserkuren, Brom, Arsenik, Chinin unterstützen können. Die Anstaltsbehandlung, eventuell in einem Sanatorium, wird dann nicht zu umgehen sein, wenn der Aufenthalt in der Familie für diese unerträglich und speciell für die Kinder schädlich wird.

Von dieser Art der Zweifelsucht mit Berührungsfurcht ist jene zu unterscheiden, welche einem ganz anderen psychischen Process, einer bestimmten Störung in den Associationen (cf. Paranoia rudimentaria) ihre Entstehung verdankt.

Die Angst kann ferner durch gewisse abnorme Empfindungen im Körper (Parästhesieen und Hyperästhesieen) ausgelöst werden resp. sich mit ihnen verbinden. Diese Empfindungen haben besonders häufig ihren Sitz im Sexualapparat (Onanie, Exhibitionismus mit Angst).

Ein Kranker war in fortwährender Angst darüber, dass er sein Glied beim Sitzen klemmt, dass seine Schamhaare dabei gezerrt, dass er davon Kopfschmerzen bekommen könnte.

Bei Hysterischen localisirt sich die Angst auf den Leib, die Blase (quälende Angst, in Gesellschaft Flatus oder Urin lassen zu müssen), bei Anderen in den Zähnen (Obsession dentaire).

Die geschilderten Angstzustände können die verschiedensten Psychosen, besonders solche mit hypochondrischen Wahnvorstellungen begleiten, sie können aber vorhanden sein, ohne dass das Individuum als geisteskrank erachtet werden kann.

Im letzteren Fall kann jedoch durch plötzliche Steigerung der Angst eine Störung im Ablauf der Vorstellungen hervorgebracht werden, eine Störung der Besonnenheit eintreten, welche zu abnormen Handlungen führt (Affecthandlungen).

VI. Die Störungen des Bewusstseins.

Der Inhalt des Bewusstseins bei Geistesgesunden wird nach geistiger Anlage und Erziehung, wie nach dem Berufszweige und dem Stande sehr verschieden sein. Er kann bei Geisteskranken beschränkt sein (Idiotismus, erworbene Demenz) oder durch Hallucinationen und Wahnvorstellungen verfälscht werden; öfter verbinden sich beide Arten der Störung.

Die betreffenden Störungen wurden bereits früher erörtert. Hier soll nur von dem Allgemeininhalt des Bewusstseins, wie er sich nach aussen hin geltend macht, die Rede sein. Das Gleichgewicht im Wahrnehmen, Vorstellen und Fühlen zeigt sich nach aussen hin als Besonnenheit. Mit dieser verbunden ist auch die Fähigkeit, sich über Raum und Zeit zu orientiren.

Geisteskranke fallen oft durch den Mangel an Besonnenheit sofort auf, zuweilen besonders dadurch, dass sie weder über den Ort, an dem sie sich befinden, noch über die Umgebung, noch über die Zeit orientirt sind (Desorientirtheit). Die anscheinend bestehende Besonnenheit schliesst jedoch das Vorhandensein einer Geisteskrankheit nicht aus. Der Mangel der Intelligenz kann durch Bewahrung äusserer Formen verdeckt werden. Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen können unterdrückt resp. in ihrer Kundgebung nach aussen vorübergehend zurückgehalten werden (besonders bei Paranoia, auch bei Alkoholismus). Zuweilen ist der Eintritt von Besonnenheit bei Geisteskranken intermittirend, vorübergehend, besonders bei Manie, Delirium hallucinatorium, öfter bei Intoxicationspsychosen, seltner bei progressiver Paralyse. Der Kranke erklärt plötzlich, dass er jetzt wisse, wo er sei, dass er lauter Unsinn gesprochen habe, dass er krank gewesen sein müsse u. s. w.

Den Gegensatz zur Besonnenheit bildet die Verworrenheit, ein krankhafter Zustand des Bewusstseins, bei welchem der innere Zusammenhang der Vorstellungen gelockert, die Verbindung derselben nicht den normalen Associationsgesetzen gehorcht, in welchem Raum- und Zeitbegriff mangelt. Nach aussen hin äussert sich dieser Zustand durch verwirrte Reden und unzweckmässiges, ungeordnetes Handeln.

Die Verworrenheit kann entstehen:

1. Durch massenhafte Hallucinationen — hallucinatorische Verworrenheit —, welche mit Trübungen des Bewusstseins einhergeht und als Symptom bei den verschiedensten Psychosen auftreten kann.

Hierher gehört die Verworrenheit der Fiebernden wie die der verschiedensten Intoxicationspsychosen, viele Fälle von epileptischer Verworrenheit, wie im Delirium hallucinatorium, vorübergehend bei der Paranoia.

2. Durch Ueberstürzung der Vorstellungen: manische Verworrenheit, welche bei den verschiedenen Arten manischer Erregtheit, besonders aber bei der manischen Tobsucht beobachtet wird (cf. diese).

3. Durch Eindringen übermässiger Affecte in das Bewusstsein. Schon bei Geistesgesunden kann eine übermässige Freude, besonders aber übermässige Angst zu wirren Reden führen. Unter pathologischen Verhältnissen zeigt sich besonders bei melancholischen

Zuständen, zuweilen auch ohne Hallucinationen, vorübergehende ängstliche Verworrenheit. Besonders kann da, wo der Bewusstseinsinhalt kein festes und widerstandsfähiges Gefüge besitzt, durch einen Affect leicht Verworrenheit hervorgebracht werden, wie z. B. bei Hereditariern, Imbecillen, Alkoholisten u. s. w.

4. Durch den Zerfall des Bewusstseins im Zustande geistiger Schwäche, demente Form der Verworrenheit, wie sie bei secundärer Demenz, bei progressiver Paralyse, bei Dementia senilis und anderen organischen Hirnkrankheiten beobachtet wird.

Zu trennen ist von der Verworrenheit der Zustand paraphasischer Verwirrtheit, welcher das Symptom einer Heerderkrankung darstellt. Der Kranke erscheint nach aussen hin als verwirrt, da er verkehrte Worte für die gewollten hervorbringt.

Die Thatsache, dass augenblicklich gewisse Sinneswahrnehmungen, gewisse Vorstellungen, gewisse Gefühle in dem Bewusstsein herrschen und die anderen zurückdrängen können, bezeichnet man mit dem Namen der Aufmerksamkeit. Hierauf beruht die Möglichkeit, sich in einen Gegenstand zu vertiefen, zu beobachten, schwierige geistige Operationen vorzunehmen. Der Mangel der Aufmerksamkeit (Aprosexie) ist ein gewöhnliches Zeichen der Imbecillität wie aller geistigen Schwächezustände. Sie kommt besonders auch bei manischen Zuständen vor, in welchen ein fortwährendes Abschweifen als Charakteristicum erscheint.

Die Aufmerksamkeit kann bei Geisteskranken gesteigert sein in der Concentration des Bewusstseins auf gewisse krankhafte Vorgänge. Hallucinanten verfolgen zuweilen mit grösster Aufmerksamkeit ihre Hallucinationen, hypochondrische Geisteskranke besonders die Vorgänge in ihrem eigenen Körper, zumal an einer bestimmten Stelle desselben, Melancholiker und Paranoiker richten gesteigerte Aufmerksamkeit auf die mit ihren Wahnvorstellungen in Zusammenhang gebrachten Ereignisse in der Aussenwelt (Hyperprosexie). Die Möglichkeit leichter Ablenkbarkeit von der Aufmerksamkeit zeigt die Schwäche der letzteren an, welche aber nicht nothwendig eine Theilerscheinung allgemeiner geistiger Schwäche und damit ein ungünstiges Symptom darstellt (letzteres bei Imbecillen, Dementen, Paralytikern u. s. w.). Es kann die Ablenkbarkeit auch dem schnellen Wechsel der Concentration ihre Entstehung verdanken, dem wenig festen Haften der einzelnen Bilder, wie bei dem Delirium hallucinatorium, der Ueberstürzung der Vorstellungen in den manischen Zuständen, und braucht damit prognostisch nicht ungünstig zu sein.

Die physiologische, periodisch wiederkehrende Herabsetzung der Kraft der geistigen Vorgänge im Bewusstsein, welche sich bis zur völligen Aufhebung des Bewusstseins (Schlaf ohne Träume) steigern kann, ist der Schlaf, welcher höchstwahrscheinlich eine physiologische Autointoxication des Hirns darstellt.

Die Verminderung desselben bis zur völligen Schlaflosigkeit (Agrypnie) stellt eins der häufigsten initialen Symptome der Geisteskrankheiten dar und begleitet die heilbaren Geisteskrankheiten nicht selten während ihrer ganzen Dauer. Die Rückkehr des Schlafes ist häufig das erste Symptom beginnender Genesung. Mangelhafter Schlaf besteht ferner bei den meisten Intoxicationspsychosen, während er bei Imbecillen und Dementen nicht gestört zu sein pflegt.

Ein abnorm gesteigertes Bedürfniss zum Schlaf bis zur Schlafsucht findet sich zuweilen in der Reconvalescenz von Psychosen, öfter bei organischen Geisteskrankheiten, progressiver Paralyse, seniler Demenz, Hirngeschwülsten.

Periodisch auftretendes Einschlafen, welches ohne Rücksicht auf Zeit und Ort eintritt (Narkolepsie), wird beobachtet:

1. Bei epileptischen Kranken. Der narkoleptische Anfall bedeutet hier ein epileptisches Aequivalent.
2. Bei Hysterie, zuweilen mit tage-, ja wochenlanger Dauer.

Dabei besteht in der Regel Zittern der Augenlider und eine gewisse katatonische Starre der Muskeln.

3. Bei Apoplektikern, zuweilen als prämonitorisches Symptom des Insults, bei Albuminurie und Melliturie.

In dem Uebergang vom Schlaf zum wachen Zustand können aus dem Schlafe übernommene Traumvorstellungen bei noch nicht vollem klaren Bewusstsein einen Zustand von Schlaftrunkenheit (Somnolentia) erzeugen, welcher zu verkehrten und selbst gewaltthätigen Handlungen in der Richtung jener Traumvorstellungen führen kann.

Im wachen Zustande kommen Trübungen des Bewusstseins mit Erhaltung der Bewegungs- und Handlungsfähigkeit als Dämmerzustände oder mit Beschränkung resp. Aufhebung derselben als Stupor vor.

1. Dämmerzustände [1]).

Der Dämmerzustand stellt einen derartigen Mangel an Helligkeit des Bewusstseins dar, dass die in demselben sich vollziehenden psychischen Vorgänge nicht als dem Ich zugehörig erkannt werden.

---

[1]) Mörchen, Aus der psychiatrischen Klinik zu Marburg 1901.

Die in diesem Zustande ausgeführten Handlungen vollziehen sich unter der Schwelle des Selbstbewusstseins mittelst Erinnerungsbildern, oder auch, wenn ausgeschliffene Bahnen in Betracht kommen, nicht selten entsprechend den augenblicklichen Sinneswahrnehmungen. Die Leichtigkeit der Verarbeitung derselben und des Uebergangs in Handlungen wird durch den Mangel von Hemmungsvorstellungen hinreichend erklärt.

Ein solcher Kranker kann in dem Dämmerzustand die gewöhnlichen Fragen nach seinem Namen, seinem Alter, seiner Wohnung beantworten. Der Arzt geht bei der Visite an ihm vorüber, der Kranke zeigt auf Erfordern die Zunge, sagt auf Befragen, er habe die Nacht geschlafen, guten Appetit u. s. w., und thatsächlich hat der Kranke im Dämmerzustande mit Ausschaltung seines Selbstbewusstseins geantwortet. In solchem Dämmerzustande können Kranke Einkäufe machen, Reisen unternehmen, Geld richtig zahlen und herausgeben. Nicht allzu selten werden in solchem Dämmerzustande auch strafbare Handlungen ausgeführt, Desertion, Diebstahl, Exhibitionismus, gewaltthätige Verletzung anderer, anscheinend mit vollem Verständniss des Zwecks (cf. S. 60). Bei der öfteren Wiederkehr derartiger Zustände bei demselben Individuum können die in dem Zustande begangenen Handlungen mit einer gewissen Gleichmässigkeit und Stereotypie auftreten, wie dies besonders beim epileptischen Dämmerzustande beobachtet wird.

Die Pupillen sind bei epileptischen Dämmerzuständen von träger oder aufgehobener Reaction auf Lichteindruck, weit oder mittelweit. Die Gesichtsfarbe pflegt blass zu sein. Zuweilen sind die Antworten in einem hysterischen Dämmerzustande so verkehrt und unsinnig, dass sie den Eindruck des Gemachten und Simulirten machen (Ganser).

Treten in diesem Dämmerzustande Hallucinationen auf, so spricht man von Traumzuständen.

Die Dauer dieser Dämmer- oder Traumzustände kann zwischen dem Bruchtheil einer Minute und Stunden, selbst Tagen, Wochen und Monaten schwanken. In einer Anzahl von Fällen besteht Amnesie für die Zeit des Anfalls. Meist ist die Erinnerung an die Vorgänge nur getrübt oder es besteht eine summarische Erinnerung mit Ausfallen der Einzelheiten. Nur ausnahmsweise besteht eine völlige Erinnerungsfähigkeit.

Der Kranke Bonhöfer's berichtete von seiner im Dämmerzustande ausgeführten Handlung als der von einer dritten Person begangenen.

Dämmerzustände kommen besonders häufig bei epileptischen und alkoholistischen Psychosen vor. Bei den letzteren werden sie als Trance bezeichnet. Sie werden sodann bei hysterischen, öfter auch bei traumatischen Psychosen beobachtet, ferner bei gewissen Intoxicationszuständen, z. B. bei der Urämie und endlich bei organischen Psychosen, besonders häufig im Anschluss an paralytische Anfälle oder dieselben auch ersetzend. Ausnahmsweise kann ein solcher Dämmerzustand auch bei einem sehr heftigen körperlichen Schmerz vorübergehend auftreten, wie z. B. bei der Migräne, bei der Trigeminusneuralgie (Dysthymia neuralgica, Schüle).

In jenen Fällen, in denen diese Dämmerzustände vorzugsweise in der Nacht auftreten und mit einem Herumwandeln einhergehen, wie dies besonders bei der Epilepsie und der Hysteroepilepsie beobachtet wird, hat man von Somnambulismus (somnambulare = Gehen im Schlafe) gesprochen. Zuweilen sind die in diesen Zuständen sich vordrängenden Vorstellungen im normalen wachen Zustande vergessen, kehren aber bei dem Kranken wieder, sobald er den Anfall wieder bekommt. Es führt demnach der Kranke ein doppeltes geistiges Leben, ein Zustand, welchen man mit dem Namen des doppelten Bewusstseins (Jessen) oder alternirenden Bewusstseins (Solbrig) bezeichnet hat.

2. Stupor[1]).

Mit der Herabsetzung der Helligkeit des Bewusstseins, welche in sehr verschiedenem Grade vorhanden sein kann, geht eine motorische Störung einher, der Kranke ist unbeweglich, starr. Der Stupor kann in sehr verschiedener Weise begründet sein und er bietet dementsprechend manche Differenz in der äusseren Erscheinung. Wir unterscheiden folgende Arten des Stupors:

a) Der ängstliche Stupor.

Der Kranke ist starr vor Angst. Der Gesichtsausdruck ist bei offenen und fixirten Augen qual- und angstvoll, die Muskeln des Gesichts zeigen sich krampfhaft zusammengezogen. Der Kranke ist stumm, wenn auch einzelne Bewegungen an den Lippen zuweilen erkennen lassen, dass der Kranke sprechen möchte. Die Glieder, welche unbeweglich gehalten werden, lassen sich ohne erheblichen Widerstand biegen wie Wachs (Flexibilitas cerea). In der aufgezwungenen Stellung können die Kranken lange Zeit, in der Regel viel länger, als dies ein Gesunder im Stande wäre, verharren, eine Thatsache, welche wohl damit in Zusammenhang zu bringen ist, dass die Kranken gleichzeitig das Ermüdungsgefühl verloren haben, wie ja auch das Hunger- und Durstgefühl in diesen Fällen fehlt. In manchen Fällen lässt sich durch die Katamnese die unbewegliche Haltung des Kranken als durch einen „Befehl" hervorgebracht erklären. Es besteht Anästhesie und Analgesie der Haut, ausnahmsweise Hyperästhesie. Der Puls pflegt etwas verlangsamt, die Temperatur meist subnormal zu sein.

Dieser ängstliche Stupor kann hervorgebracht werden durch melancholische, hypochondrische oder paranoische Wahnvorstellungen. In Bezug auf erstere sind es Wahnvorstellungen der Sünde, des Verbrechens, welche den Kranken erstarren lassen. Bei den hypochondrischen Zuständen ist es der Wahn, keine Organe mehr zu haben, aus Glas zu sein u. s. w., welcher

[1]) Meyer, Arch. f. Psych. Bd. 32, S. 868. 1899.

die Kranken festhält. Bei paranoischen Wahnvorstellungen kann es die Angst vor dem Feinde, die Furcht, durch eine Bewegung seine Gegenwart dem Feinde zu verrathen u. s. w. sein, welche den Kranken unbeweglich macht. Zuweilen bringt dasselbe der paranoische Wahn hervor, dass die Feinde ihm die Zunge, die Hände, die Glieder festhalten.

Mit den Wahnvorstellungen verbinden sich in der grössten Reihe der Fälle Hallucinationen, welche die Angst und die Unbeweglichkeit verstärken (Delusional stupor, Newington). Der Eine sieht vor seinen Augen seine Kinder hinmorden, der Andere glaubt sich mitten in einem Brande, ein Dritter in einer Schlacht und fürchtet, bei jeder Bewegung in das Feuer oder in einen feindlichen Degen hineinzugerathen. Zuweilen ist es die Stimme Gottes, welche dem Kranken zuruft, sich nicht zu bewegen, oder die Stimme der Verfolger, welche ihm schwere Strafen androhen, wenn er sich rührt.

Der ängstliche Stupor kommt besonders bei der Melancholie vor, wird aber auch bei dem Delirium hallucinatorium, bei dem Alkoholismus, den depressiven Phasen der Paralyse, wie bei der Hysterie und Epilepsie beobachtet. Bei den letzteren zeigt er sich zuweilen als posthysterischer oder postepileptischer Zustand oder auch als Aequivalent. Abgesehen von dem epileptischen Stupor, nach welchem die Erinnerung sehr erheblich getrübt zu sein pflegt oder ganz mangelt, ist in den übrigen Fällen von Stupor die Erinnerung selten völlig, öfter zu einem erheblichen Theil erhalten. Zuweilen geht der Stupor in einen Zustand von aufgeregter Verwirrtheit mit Delirien über, dem sodann erst der dem Stupor vorangegangene Zustand folgt.

Die höchsten Grade dieses ängstlichen Stupors hat man von Alters her (Caelius Aurelianus) mit dem Namen der Katalepsie bezeichnet (von κατὰ λαμβάνειν, plötzlich ergreifen). Der Kranke wird bezeichnet als stipitis sive trunci instar mortui ritu jacens.

Der Zustand kann auch arteficiell bei prädisponirten Individuen durch Hypnotismus hervorgebracht werden.

b) Der manische Stupor.

Im Gegensatz zu den ängstlichen stuporösen Zuständen, welche soeben geschildert wurden, giebt es seltene Fälle, in welchen ganz besonders religiöse Wahnvorstellungen mit glücklichem Inhalt: im Himmel zu sein, mit Gott zu sprechen — den Kranken in Verzückung und dementsprechende Stellung gerathen lassen (Ekstase). In diesen Stellungen erscheinen die Kranken regungslos, stumm, aber in ihren Gesichtszügen die innere Erregung verrathend. Dieser manische Stupor wird besonders bei hysterischen und epileptischen Psychosen beobachtet.

c) Der katatonische[1]) Stupor (negativistischer Stupor).

Die Hemmung der Bewegung beruht hier auf einer „Sperrung“ (Kräpelin). Diese Sperrung geht aus Hallucinationen und Wahn-

---

[1]) Von κατὰ und τείνειν (spannen): plötzliches Befallenwerden von einem Spannungszustand der Muskeln.

vorstellungen hervor, der Versuch jeder Bewegung wird durch antagonistische Bewegungen unterdrückt. Der Kranke sitzt oder liegt mit zugekniffenen Augen da, aus denen er blinzelnd hervorsieht. Der Mund ist öfter weit vorgeschoben, die Lippen sind zuweilen rüsselartig zugespitzt (Schnauzkrampf). Der Kopf ist nach vorn übergeneigt, der Gesichtsausdruck wie die Glieder erscheinen starr wie die einer Bildsäule. Der Kranke ist stumm oder bringt nur leise einzelnes Unverständliche hervor. Versucht man die Glieder in eine andere Stellung zu bringen, so leisten die Kranken Widerstand und kehren nach Ueberwindung desselben sehr bald wieder in die frühere Haltung zurück. Oefter jedoch behalten sie die ihnen künstlich beigebrachte Haltung in ähnlicher Weise wie dies bei der ängstlichen Form des Stupors beschrieben wurde, bei, wie überhaupt mannigfache Uebergänge zwischen dem ängstlichen und negativistischen Stupor bestehen, bei demselben Kranken zu verschiedenen Zeiten zuweilen die eine oder die andere Form sich nachweisen lässt. Zwischendurch kommt es bei diesem Zustande des Stupors zu schnellen, zuweilen gewaltsamen Bewegungen, schnellem Ergreifen des neben dem Bette stehenden Glases, Ausleerung des Inhalts, Hersagen einzelner Worte, Drängen aus dem Bett nach der Thür. Diese Bewegungen zeigen etwas Impulsives, Triebartiges und haben meist einen mehr oder minder stereotypen Charakter.

Die Muskeln des Körpers, besonders auch die Bauchmuskeln, speciell die Recti abdominis fühlen sich gespannt an. Wie bei dem ängstlichen Stupor ist auch bei diesem katatonischen Stupor die Merkfähigkeit wenn auch nicht völlig, so doch oft zu einem erheblichen Theil vorhanden. Die Kranken sind daher im Stande, nach Ueberstehen des Stupors von dem zu berichten, was in jener Zeit stattgefunden hat.

Diese letztere Thatsache wird von Aerzten und dem Wartepersonal öfter ausser Acht gelassen. Der stuporöse und anscheinend völlig theilnahmlose Zustand, in dem der Kranke liegt, lässt jene glauben, dass der Kranke von Allem nichts versteht, was in seiner Nähe gesprochen und gethan wird. Der Reconvalescent bereitet jenen dann durch seine Berichte über unzarte oder unziemliche Aeusserungen oder Handlungen in seiner Nähe, während er im Stupor lag, unangenehme Ueberraschungen. Das Vorkommen der erwähnten impulsiven Bewegungen, in welchen der Kranke auch gewaltthätige Handlungen gegen sich unternehmen kann, macht es ausserdem nothwendig, dass jene Stuporösen trotz ihrer anscheinenden Bewegungslosigkeit und Handlungsunfähigkeit dauernd und sorgfältig überwacht werden.

Die katatonischen Spannungen sind auf krankhafte Veränderungen des Muskelgefühls, Hallucinationen im Muskel- und kinästhetischen Gefühl zurückzuführen. Der Widerstand nach aussen, welcher sich in den Abwehrbewegungen des Negativismus zeigt, wird in der Regel auf Wahn-

vorstellungen, besonders hypochondrischer und paranoischer Natur, zu beziehen sein. In einzelnen Fällen sagten mir Kranke, welche „Schnauzkrampf“ gehabt, dass sie den Mund so gehalten hätten, um das Eindringen von giftigen Substanzen zu verhüten.

Zuweilen sind es auch Gesichts- und Gehörshallucinationen, welche den Kranken zu dem Widerstand nöthigen.

Der katatonische Stupor kommt bei der hypochondrischen Melancholie und Paranoia und zwar besonders in der Pubertätszeit vor, ferner bei Epileptikern, bei Paralytikern, zuweilen auch im Delirium hallucinatorium.

d) Der hypotonische Stupor (Anergic stupor, Newington).

In diesen Fällen ist mit der Trübung des Bewusstseins eine Hypotonie der Muskeln verbunden, der Gesichtsausdruck ist leer, blöde, die Gesichtsmuskeln zeigen sich hypo- oder atonisch. Der Mund ist geschlossen, der Unterkiefer hängt herab, der Speichel fliesst aus dem Munde, der in den Mund gesteckte Bissen bleibt in demselben liegen. Stuhlgang und Urin gehen unwillkürlich ab.

Ohne Widerstand lässt sich jede Bewegung am Kopf, Rumpf, den Extremitäten ausführen. Nach Aufhören der mechanischen Einwirkung folgt der Körper resp. das bewegte Organ den Gesetzen der Schwere, der erhobene Arm sinkt wieder herab u. s. w.

Diese Form des Stupors tritt besonders deutlich bei der Dementia acuta auf, wird auch als postepileptischer Zustand beobachtet, wie nach hysterischen Anfällen, zuweilen nach paralytischen Anfällen und im Alkoholismus.

Die Dauer der stuporösen Zustände kann eine kurz in Minuten oder Stunden vorübergehende sein (besonders bei hysterischen und epileptischen Kranken, zuweilen auch bei Paranoia und bei Paralyse), kann aber auch wochen- und monatelang sich hinziehen.

Eine schwerere Herabsetzung des Bewusstseins bis zum Erlöschen desselben findet sich im apoplektischen Insult, im epileptischen Anfall, bei Vergiftungen (apoplektische Form der Trunkenheit) und bildet mit ihren verschiedenen Graden den Uebergang in den Tod.

Man unterscheidet hier als niedrigsten Grad die Somnolentia, welcher Sopor, Coma, schliesslich Carus folgen. Eine genaue Abgrenzung zwischen diesen Graden der Bewusstlosigkeit giebt es nicht. Mit Sopor pflegt man den Grad zu bezeichnen, in welchem bei starken Reizen noch eine Reaction und ein kurz vorübergehender Zustand von Aufwachen eintritt, während bei dem Coma auch jene Reize nicht mehr wirken.

Die Trübung des Bewusstseins kann endlich auch mit einem so gesteigerten Bewegungsdrang einhergehen, dass nach aussen hin das Bild der Tobsucht entsteht.

Wir unterscheiden:

1. Die manische Form der Tobsucht.

Die Kranken springen, tanzen, klatschen in die Hände, singen, lachen, weinen, schreien, sind nicht im Bett zu halten, zerreissen ihre Kleider, laufen nackt umher, trommeln gegen die Thür, zerschlagen Fensterscheiben, rennen die Thüren ein, zerstören was nicht niet- und nagelfest ist, greifen die Personen, welche sich ihnen nähern, an, fassen besonders gern nach der Brille, der Uhrkette, schlagen, verletzen.

Es ist ein psychomotorischer Drang, welcher in der Regel mit Lustgefühlen einhergeht, aber auch von zornmüthigen Affecten hervorgerufen und unterhalten werden kann.

Meist zeigt das Gesicht einen heiteren, freudigen Ausdruck, die Augen sind nicht selten von besonderem Glanz. Illusionen fehlen hierbei selten, häufig sind auch Hallucinationen, besonders des Gesichts vorhanden. Die sinnlichen Gefühle sind herabgesetzt oder fehlend.

Das reinste Bild dieser manischen Tobsucht zeigt sich bei der Manie im furiosen Stadium, zuweilen auch in der periodischen Form derselben und in dem manischen Stadium der circulären Psychose. Sie kommt ferner bei dem Delirium hallucinatorium, oft in dem manischen Stadium der Paralyse vor (mit Pupillenträgheit oder -starre, Sprachstörung, Veränderung der Sehnenreflexe, apoplektiformen Anfällen), bei Intoxicationspsychosen, bei hysterischen und epileptischen Psychosen.

2. Die ängstliche Form der Tobsucht.

Die Kranken schreien, jammern, heulen, rufen „Hilfe", „Feuer", „Luft", „Ich ersticke", reissen sich die Kleider ab, zerstören Alles, was in ihrer Nähe ist, bringen sich und Anderen schwere Verletzungen bei.

Dabei zeigt das Gesicht einen hochgradig verzerrten, ängstlichen Ausdruck.

Illusionen oder Hallucinationen fehlen hier nie.

Dieser tobsüchtige Zustand kann die höchste Steigerung einer ängstlichen Melancholie darstellen, er tritt intercurrent als acute Steigerung melancholischer Angst, als Raptus melancholicus auf, kommt vor bei der hypochondrischen Melancholie mit der Angst, dass die Luft verpestet, dass der Tod sofort eintreten müsste. Auch Paranoiker können vorübergehend in der Angst, welche die von ihren Verfolgern ihnen bereiteten Qualen herbeiführen, tobsüchtig werden.

Aengstliche Tobsucht kommt ferner bei der progressiven Paralyse (melancholisch-hypochondrisches Stadium), bei der Dementia senilis, im Delirium hallucinatorium vor, wie bei den verschiedenen Intoxicationen, hier besonders im Abstinenzstadium (Alkoholismus, Morphinismus).

Tobsüchtige Epileptiker gehören neben den tobsüchtigen Alkoholisten

zu den gefährlichsten aller Geisteskranken; bei der Epilepsie tritt die ängstliche Tobsucht nicht selten als postepileptische Psychose auf, zuweilen auch als Aequivalent.

Die Anfälle von Tobsucht können in wenigen Minuten vorübergehen (cf. Mania transitoria), besonders die ängstliche Form, sie können aber auch Stunden, Tage, ja viele Monate, mit kurzen Remissionen Jahr und Tag dauern.

Einen schnellen Uebergang in Tod sieht man bei der Tobsucht im sogenannten Delirium acutum.

Dämmerzustände, Stupor, Tobsucht können mit einander bei demselben Individuum abwechseln, sie können in einander übergehen, den Dämmerzuständen kann Stupor, dem Stupor Tobsucht folgen und umgekehrt.

Zuweilen bildet den Abschluss des jeweiligen Zustandes ein tiefer Schlaf (öfters bei epileptischen, seltener und wenig ausgeprägt bei hysterischen Psychosen).

VII. Die Störungen des Selbstbewusstseins

treten auf:

1. Als eine mangelhafte oder abnorme Entwicklung desselben wie bei Imbecillität und Idiotie. Wie es diesen Kranken in der Regel nicht möglich ist, überhaupt Begriffe durch eigene geistige Arbeit zu schaffen, so gelingt ihnen noch viel weniger die Schaffung eines Ichs.

2. Nur bei normaler Helligkeit des Bewusstseins kann ein normales Selbstbewusstsein bestehen. Das letztere wird demnach in all den krankhaften Zuständen gestört sein müssen, in denen seine Helligkeit fehlt und von denen soeben die Rede war.

3. Eine Verfälschung des Selbstbewusstseins wird da eintreten müssen, wo nicht kurz vorübergehend, sondern immer und immer wieder der Bewusstseinsinhalt verfälscht wird. In dem zuerst oft vorhandenen Kampfe des Ichs gegen jene Verfälschungen unterliegt bei andauernder Krankheit schliesslich dasselbe. Die Continuität desselben mit dem früheren Ich wird unterbrochen. Aus der Verfälschung des Bewusstseins entwickeln sich auch jene Fälle, in denen der Kranke glaubt, dass eine zweite Person in ihm steckt, ein „alter ego“, welcher seine Handlungen leitet oder auch verhindert, der ihm die Zunge festhält, in ihm spricht u. s. w. (Verdoppelung der Persönlichkeit).

4. Werden die Säulen des Bewusstseins zerstört, auf denen der Ichbegriff sich aufgebaut hat, so zerfällt auch das Selbstbewusstsein, und schliesslich kommt es zur Vernichtung der Persönlichkeit (geistige Schwächezustände bis zu den höchsten Graden der Demenz).

5. Da, wo Bewusstlosigkeit besteht, kann selbstverständlich auch ein Selbstbewusstsein nicht existiren. Dagegen kann aber wohl ein Bewusstsein, wenn auch ein verfälschtes, krankhaftes vorhanden sein und das Selbstbewusstsein fehlen. Unter krankhaften Verhältnissen sind es besonders die verschieden begründeten Dämmerzustände, in welchen ein Bewusstsein, d. h. ein Sichvollziehen geistiger Vorgänge vorhanden sein kann und vorhanden ist, während das Selbstbewusstsein ausgeschaltet ist.

Da der wesentliche Inhalt des Selbstbewusstseins in dem Verhältniss des Ichs zu der Aussenwelt besteht, werden die Störungen des Selbstbewusstseins nach aussen hin in den Anomalieen der Handlungen zu Tage treten.

Von den geschilderten Störungen in den Sinneswahrnehmungen, im Denken und Fühlen, im Bewusstseinsinhalt kann ein erheblicher Theil gelegentlich und vorübergehend, ja einzelne können sogar dauernd vorhanden sein, ohne dass eine Geisteskrankheit besteht. Besteht aber eine andauernde Störung des Selbstbewusstseins, so ist damit auch der Nachweis der Geisteskrankheit gegeben.

VIII. Die Störungen im Handeln.

1. Reflexhandlungen.

Die reflectorischen Handlungen, bei welchen der Reiz ohne Hinzutreten anderer im Bewusstsein vorhandener Vorstellungen, besonders aber ohne Zutreten derjenigen, welche in dem Selbstbewusstsein besonders accentuirt enthalten sind und die Persönlichkeit constituiren, sofort die Handlung auslöst, sind bei Geisteskranken in viel ausgedehnterem Grade vorhanden als bei Gesunden.

Der Reiz kann in einer Sinneswahrnehmung, in einer realen oder hallucinirten und einer dadurch augenblicklich hervorgerufenen Vorstellung einsetzen oder in einer Erinnerungsvorstellung, in einem Gefühl, in dem momentanen Bewusstseinsinhalt, welcher durch Hallucinationen und Wahnvorstellungen verfälscht ist. Bilden sinnliche Gefühle den Impuls, so spricht man von Trieben und bezeichnet die Handlungen als Triebhandlungen. Werden besonders

starke Lust- oder Unlustgefühle zum Ausgangspunkt, so nennt man die daraus hervorgehenden Handlungen Affecthandlungen, deren reflectorische Natur auch das äussere Bild des im Affect Befindlichen zeigt (cf. S. 4).

Solche Reflexhandlungen kommen bei Geisteskranken zu Stande:

a) Aus mangelhafter Kraft der in dem Selbstbewusstsein enthaltenen contrastirenden Vorstellungen, so bei allen geistigen Schwächezuständen. Soweit unsittliche Handlungen dabei in Betracht kommen, wird ihre Ausführung begünstigt durch mangelhafte Entwicklung, Lockerung oder Verschwinden der Urtheilsgefühle.

Ein Theil der auf dem Boden des sogenannten moralischen Wahnsinns entstehenden Handlungen sind als Reflexhandlungen zu betrachten, welche durch augenblicklich aufgetretene Triebe oder Affecte angeregt und ohne Hemmungen in Handlungen umgesetzt werden.

b) Bei Trübungen des Bewusstseins; so setzt sich in den Dämmerzuständen, in welchen die Handlungsfähigkeit erhalten ist, der augenblickliche Sinneseindruck in eine Handlung um oder eine vor Beginn des krankhaften Zustandes bereits ausgeübte Beschäftigung wird fortgesetzt (der Musiker spielt weiter, der Schneider näht weiter u. s. w.). Es kann auch eine im Zustande der Aufhebung des Selbstbewusstseins reproducirte Vorstellung eine That auslösen, welche durch die Hemmung seitens des Selbstbewusstseins bei normalem Zustande des Bewusstseins unterblieben wäre. Es beweist demnach die Ausführung einer Handlung in jenem Zustand ihre Zurechenbarkeit nicht dadurch, dass sie durch die Verhältnisse des Individuums motivirt, vielleicht ihre Ausführung beabsichtigt war[1]).

Die hier in Betracht kommenden Handlungen werden besonders bei Epileptikern und Alkoholisten beobachtet, zuweilen auch in hysterischen Dämmerzuständen (cf. S. 52).

Ist wie in der manischen Tobsucht die Trübung des Bewusstseins mit einer krankhaften Erregung der Bewegungsimpulse verbunden, so werden die in der sensiblen und sensoriellen Sphäre auftretenden Reize um so leichter in reflectorische Handlungen und zwar mit gewaltthätigem Charakter ausgelöst werden. Bei der ängstlichen Tobsucht entsprechen die Handlungen dem Reiz in einem in übermässigem Affect sich befindenden Gehirn.

c) Nach Art der Tics, wie man sie bei der Hysterie, Chorea als Onomatomanie, Koprolalie u. s. w. kennt, kommt auch bei Geisteskranken in Folge augenblicklich auftretender Gefühle (besonders kommen Muskelgefühle in Betracht) oder Vorstellungen reflectorisch ein Ausstossen von Worten, bestimmten Bewegungen, bestimmten Handlungen zu Stande. Ein Theil der sogenannten automatischen Bewegungen beruht auf reflectorischer Auslösung wiederkehrender bestimmter Gefühle.

d) Bei Verfälschung des Bewusstseinsinhalts, aber bei erhaltener äusserer Besonnenheit kann eine augenblicklich mit einem lebhaften Affect einhergehende Sinneswahrnehmung diese sofort in eine Handlung umsetzen. Der hallucinirende Paranoiker hört den neben ihm Gehenden ein Schimpfwort ausstossen, es folgt diesem die Ohrfeige unmittelbar. Ein Paranoiker sieht auf der Strasse einen ihm sich nähernden Herrn ausspucken und er schlägt sofort auf ihn los.

e) Der leichte Eintritt der Reflexhandlungen zeichnet endlich eine Reihe von Menschen aus, welche auf der Grenze zwischen Geistesgesundheit und Geisteskrankheit stehen und in die Klasse der Hereditarier gehören.

---

[1]) Moeli, Zeitschr. f. Psych. Bd. 57, S. 169. 1900.

Die Plötzlichkeit, nicht selten Gewaltsamkeit ihrer Handlungen, welche unmittelbar dem sinnlichen Reiz, dem Trieb oder Affect, der eben auftauchenden Erinnerungsvorstellung folgen, lässt erkennen, dass sich zwischen Reiz und Handlung ein Zwischenglied, das man als Ueberlegung bezeichnet, nicht einschiebt.

2. Die sogenannten willkürlichen Handlungen.

a) Krankhafte Steigerung der Thätigkeit.

Dieselbe zeigt sich zuweilen auf den Grenzgebieten der Psychosen bei Hereditariern in der Sucht, Alles zu beginnen, heute hier, morgen da mit grossem Elan seine Kräfte einzusetzen. Bei der Unstetheit und dem Wechsel in den Strebungen kommt nichts zu einem gedeihlichen Ende.

Bei Geisteskrankheiten zeigt sich der Thätigkeitsdrang sehr rein in der Hypomanie, sodann in allen manischen Zuständen, besonders in der Manie, und ohne jede Hemmung, besonders aber auch ohne Hemmung durch die widrigen Muskelgefühle der Ermüdung, in der manischen Tobsucht. Dasselbe gilt auch von dem manischen Stadium der circulären Psychose wie dem der progressiven Paralyse.

Die ängstliche Form der Tobsucht zeigt die gesteigerte Thätigkeit in Abwehrbewegungen gegen die die Angst hervorrufenden Hallucinationen und Wahngebilde oder lediglich als Entladuug der Angst nach aussen.

Die gesteigerte Thätigkeit der unruhigen, versatilen Idioten, der Dementen unter dem Bilde der chronischen Manie, wie vieler katatonischer Zustände, bringt in Verbindung mit dem geistigen Schwächezustand und daher mangelndem Wechsel der Strebungen einen Theil der Stereotypieen der Bewegungen (Purzelbäume, Herauf- und Herunterspringen vom Stuhl, Herumrollen auf der Erde, unaufhörliches Klopfen gegen die Thür u. s. w.) hervor.

b) Krankhafte Herabsetzung der Thätigkeit bis zur Vernichtung derselben.

Dieselbe kann bedingt sein:

1. Durch Stupor (cf. diesen). Die Lähmung des motorischen Apparats schliesst die Handlungsfähigkeit aus oder beschränkt sie wenigstens erheblich.

2. Durch Opposition gegen jede anbefohlene oder durch die Umstände gegebene Handlung (Negativismus).

Der Kranke macht nicht die Augen auf, öffnet nicht den Mund zum Essen, weder von selbst noch bei angewandter Gewalt, er lässt sich nicht von dem Fleck bewegen, wo er sich befindet u. s. w. Dieser Negativismus entspricht zuweilen einem gesteigerten Eigensinn, wie er auch bei nicht geisteskranken Kindern vorkommt, und ist wie dieser nicht selten begründet durch eine gewisse Furcht (eigensinnige Kinder, welche dem Arzt die Zunge nicht zeigen, den Mund, die Augen zukneifen aus Furcht, dass ihnen Schmerz bereitet würde u. s. w.). In anderen Fällen beruht dieser Nega-

tivismus auf krankhafter Veränderung der Muskelgefühle, so auf einem Reiz in den Antagonisten bei Inanspruchnahme der für eine bestimmte Bewegung erforderlichen Muskeln. Endlich ist für den Negativismus auch öfter der Einfluss von Hallucinationen, speciell von Gehörshallucinationen entscheidend: „Wenn du dich rührst, bist du ein Kind des Todes“, oder auch bei Vorhandensein hypochondrischer Wahnvorstellungen die Furcht zu zerbrechen, weil die Kranken glauben, dass sie aus Glas u. s. w. seien.

3. Durch allgemeine Hemmung, wie sie den melancholischen Zustand auszeichnet und welche in dem psychischen Schmerz begründet ist. Jede geistige Thätigkeit, jede Initiative zu einer körperlichen Thätigkeit ruft Schmerz hervor oder steigert den vorhandenen.

4. Durch Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen.

Der hypochondrische Geisteskranke ist zu keiner Thätigkeit zu bringen, weil er seine Organe zerstört, seine Hände und Beine gelähmt glaubt, weil er nicht denken kann. Verneinungswahnvorstellungen („ich existire nicht“, „es existirt keine Welt“) haben ebenfalls absolute Unthätigkeit zur Folge. Gehörshallucinationen können dem Kranken jede Thätigkeit ebenso wie jede Bewegung verbieten, paranoische Wahnvorstellungen zwingen denselben zuweilen zu den verschiedensten unverrückbaren Stellungen.

Auf hypochondrisch-hysterischen Wahnvorstellungen beruht in den meisten Fällen die Bettsucht. Der Kranke will das Bett nicht verlassen, weil er ausserhalb desselben seine Gesundheit zu schädigen fürchtet oder weil ihm jede Bewegung Schmerz macht.

5. Die mangelhafte Entwicklung der Intelligenz wie die Abnahme vorhanden gewesener Intelligenz, der Mangel an genügend kräftig betonten Vorstellungen, welche auf eine denselben entsprechende motorische Aeusserung drängen, führt zur Einschränkung jeder Thätigkeit und schliesslich zur vollen Handlungsunfähigkeit. Es bleiben gewisse, in ausgeschliffenen Bahnen sich vollziehende conventionelle Aeusserungen übrig, welche zuweilen, ohne Zweck wiederholt, den Charakter von Stereotypieen annehmen können, ferner eine Nachahmung dessen, was man ihnen vorzeigt oder vormacht, zwecklose Wiederholungen einzelner Worte oder Sätze, endlich solche Handlungen, welche zur Befriedigung sinnlicher Gefühle nothwendig sind.

Schliesslich verschwinden auch diese, und es kommt mit oder ohne motorische Lähmung zur Vernichtung jeder Thätigkeit im apathischen Blödsinn.

c) Qualitative Veränderungen des Handelns.

Soweit dieselben nicht in die unter a) geschilderte Hyperkinese und die unter b) besprochenen Erscheinungen der Akinese gehören, zeigen sich qualitative Veränderungen im Handeln:

1. Bei der Erkrankung gewisser Sinnescentren unter den Erscheinungen der Worttaubheit, Paraphasie, Paralexie, Paragraphie, Parapraxie (Verwechslung der gewöhnlichen Gebrauchsgegenstände), Paramimie (nicht der Stimmung entsprechender Gesichtsausdruck).

2. In dem Zustand von Verworrenheit (cf. S. 49).

3. Durch eine bestimmte Richtung des Handelns, welche durch bestimmte Hallucinationen oder Wahnvorstellungen gegeben wird (Selbstmord bei den melancholischen, Verschwendungssucht bei den megalomanischen, Verfolgung bei den paranoischen, allerhand Abwehrhandlungen bei hypochondrischen Geisteskranken [Pusten, Spucken u. s. w.]). Die auf diese Weise entstehenden Handlungen nehmen zuweilen bei sich entwickelnder resp. schon vorhandener geistiger Schwäche eigenthümliche Formen an, welche als gewohnheitsmässige Bewegungen mit besonderen Manieren (Kräpelin) erscheinen: Hüpfen, Ausstrecken der steifen Hand gerade vorwärts, um die Hand zu geben, Anfassen des Löffels am äussersten Ende, verkehrtes Anziehen, eigenthümliche Toilette.

4. Bei den Zuständen, welche man als moralischen Wahnsinn bezeichnet hat (cf. S. 43).

Die Analyse der auffallenden Handlungen der Geisteskranken ist mit eine Hauptaufgabe der klinischen Beobachtung. Häufig genug ergiebt der Bericht des Reconvalescenten, wie wohl motivirt vom Standpunkt des Kranken aus die anscheinend „sinnlosen" Handlungen waren. Besonders aber ist jene Analyse die Aufgabe des Sachverständigen in forensischen Fällen.

Es mag hier ein Beispiel erörtert werden.

Der Diebstahl kann bei Geisteskranken unter folgenden Bedingungen zu Stande kommen:

1. Als reflectorische Handlung:

a) Bei geistigen Schwächezuständen: der Imbecille, der Paralytiker, der Altersblödsinnige, der epileptisch oder alkoholistisch Schwachsinnige nimmt das Geldstück, das gerade daliegt, die Wurst, welche vor dem Schlächterladen hängt, das Obst, welches auf der Strasse zum Verkauf ausgeboten wird, weg, dem Impulse des Anblicks folgt die That, welche durch sittliche Gegenvorstellungen nicht gehindert wird. Bei manchen derartigen Kranken, besonders den Paralytikern und Altersblödsinnigen, kommt es zu einem Einstecken aller möglichen Dinge, selbst der werthlosesten, Cigarrenstummel, Papierschnitzel u. s. w. (Sammeltrieb).

b) In den Dämmerzuständen, besonders den epileptoiden Anfällen bei Epileptikern oder Paralytikern, oder den den epileptischen Anfällen folgenden Dämmerzuständen wird gestohlen, sei es auf Grund eines augenblicklichen Sinnesreizes, sei es auf Grund einer reproducirten Vorstellung, welche bei ihrem ersten Auftreten den zu stehlenden Gegenstand als im eigenen Besitz wünschenswerth erscheinen liess oder die Ausführung des Diebstahls schon in der Idee enthielt. Dabei kommen zuweilen schwere Diebstähle mit Einbruch u. s. w. vor. Es besteht partielle oder totale Amnesie. (Eine

im Dämmerzustand durchgeführte Nachahmung „des Anderen“ in dem bekannten Lindau'schen Schauspiel hatte ich zu begutachten. Ein epileptischer Schauspieler, welcher in jenem Stück gespielt, hatte in der Nacht eingebrochen u. s. w.)

c) Bei hysterischen Psychosen kommen ticartig, oft nach einem kurz vorhergehenden Angstgefühl und als Auslösung desselben zu betrachtende Diebstähle vor (den Uebergang zum Psychopathischen bilden hier die ticartigen Diebstähle der Schwangeren).

Die gestohlenen Gegenstände sind oft nutzlos, oft werden sie bei Seite geworfen, nicht selten dem Besitzer zurückgeschickt. Ein gewisser Theil der Ladendiebstähle gehört hierher. Begünstigt wird der Eintritt derartiger Tics durch die vorhandene Menstruation.

2. Als sogenanntes willkürliches Handeln.

a) Im manischen Zustand, in der Hypomanie, Manie, periodischen Manie, dem manischen Stadium der circulären Psychose ist die Wegnahme, zuweilen das gewaltsame Entreissen von Gegenständen der Ausdruck des allgemeinen Dranges zur Thätigkeit. Bei der Schnelligkeit des Ablaufs der Vorstellungen kommen die contrastirenden Vorstellungen gar nicht oder wenigstens nicht mit genügender Kraft zur Geltung.

b) Im Zustand der Verworrenheit können neben allerlei anderen unzweckmässigen und ungeordneten Handlungen gelegentlich auch Diebstähle ausgeführt werden.

c) Wahnvorstellungen können auf die verschiedenste Weise Ursache von Diebstählen werden. Der Paranoiker stiehlt, um sich an der Welt oder einer bestimmten Person zu rächen, welche ihm Leid angethan und Leid anthut. Ein anderer Paranoiker stiehlt, um zu zeigen, dass er der zweite Messias ist, unentdeckt Alles ausführen kann. Der Paralytiker mit Grössenwahn nimmt weg, da ihm ja doch alles gehört, da er der Beherrscher der Welt ist, er stiehlt, um einem Anderen ein Geschenk zu machen, und wundert sich, dass man so viel Aufhebens davon macht.

d) Bei den moralisch Wahnsinnigen zeigt sich die Lust am Stehlen zuweilen schon in der Kindheit: „Er stiehlt wie ein Rabe, man darf nichts liegen lassen.“ Aus diesen Kranken rekrutiren sich zum Theil die Gewohnheitsdiebe, nachdem jene sich unfähig erwiesen, auf redliche Art in der Welt durchzukommen.

e) Zuweilen sind es gewisse krankhafte sinnliche Triebe, welche zum Diebstahl Veranlassung geben, wie beim Fetischismus (cf. S. 39).

In einem Falle meiner Beobachtung wurde ein älterer, wohl situirter Herr in flagranti ertappt, als er einer Dame das Taschentuch aus dem Kleid zog. Die Haussuchung zeigte 87 weisse Damentaschentücher (der Mann war Witwer), welche er nach und nach gestohlen hatte, da er nur mit gebrauchten weissen Damentaschentüchern Onanie zu treiben im Stande war. Es handelte sich um einen nach einer Apoplexie des Hirnes geistig geschwächten Mann.

In ähnlicher Weise lassen sich die verschiedensten anderen verbrecherischen Handlungen, z. B. Brandstiftungen bei Geisteskranken u. s. w., analysiren.

IX. Die Störungen in der Sprache, der Schrift und dem Gesichtsausdruck.

1. Eine Anzahl von Geisteskranken spricht nicht. Die Sprachlosigkeit kann bedingt sein:

a) Durch den Mangel an Vorstellungen oder wenigstens an so kräftigen Vorstellungen, dass sie einen Ausdruck durch die Sprache nicht verlangen (Alogie).

Dies trifft zu bei der Idiotie, dem apathischen Blödsinn (cf. S. 129).

b) Durch einen Zustand von Stupor (cf. S. 53 u. f.).

(Hier zuweilen aus Mangel der Fähigkeit der Synthese: „Ich wusste nicht, wie ich sprechen sollte.“)

c) Durch Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen.

Der Kranke hält sich nicht für würdig zu sprechen, fürchtet, wenn er sprechen würde, jemanden zu beleidigen, Majestätsbeleidigungen auszustossen (melancholische Wahnvorstellungen) oder glaubt, dass er keine Zunge, keinen Kehlkopf habe (Verneinungswahn), oder dass dieselben durch eine feindliche Macht festgehalten werden oder dass er durch Sprechen seine Anwesenheit seinen Feinden verrathen würde (paranoischer Wahn).

Man bezeichnet diese erzwungene Stummheit als Mutacismus.

d) Durch eine hysterische Anästhesie im Gebiete des Sprachapparats, ähnlich wie bei der hysterischen Amaurose, Taubheit u. s. w., welche in dem Kranken die Vorstellung erzeugt, er könnte den Sprachapparat nicht in Bewegung setzen — hysterischer Mutismus bei hysterischen und hysteroepileptischen Psychosen.

e) Durch mangelnde Entwicklung des motorischen Sprachcentrums in Folge mangelnder Entwicklung des Hörcentrums (Taubstummheit), oder in Folge Erkrankung oder Zerstörung des motorischen Sprachcentrums (motorische Aphasie).

Erstere kommt bei Imbecillen und Idioten vor, zuweilen auch bei im späteren Leben geisteskrank gewordenen Taubstummen; letztere als Heerderscheinung bei verschiedenen organischen Psychosen.

f) Durch Zerstörung der motorischen Leitung der für die zum Sprechen nothwendigen Muskelcontractionen — anarthrische Stummheit (bei den verschiedensten organischen Psychosen: Progressive Paralyse; senile Demenz, postapoplectische Psychose).

2. Bei denjenigen Geisteskranken, welche sprechen, kann eine krankhafte Veränderung der Sprache bedingt werden:

a) Durch die krankhafte Störung in den Vorstellungen.

Dies zeigt sich besonders auffallend in den Zuständen von Verworrenheit, in welchen die Associationen ohne Ordnung und Gesetz geschehen und dementsprechend auch die Worte wild durch einander geworfen werden.

Dasselbe ist der Fall, wenn die Associationen lediglich nach dem Klang der Worte (Thee, Themis, Themistocles) oder nach gewissen äusseren

Merkmalen (Lied, Opernhaus) an einander gereiht werden oder in erzwungenen Reimen gesprochen wird (besonders häufig in manischen Zuständen, auch bei acuten Intoxicationen, speciell Alkoholintoxication).

Die Sprache wird ferner durch die Aeusserung der Wahnvorstellungen anormal erscheinen (Dysphrasia vesana).

Hierbei kommt es zuweilen besonders bei der Paranoia, aber auch beim Delirium hallucinatorium, bei Alkoholismus, bei progressiver Paralyse, meist in Verbindung mit Gehörshallucinationen, zur Neubildung von Worten — Neologismen („Schöpfer des Chronixils", „Akusmatik," „Foscileur" u. s. w.) oder zu eigenthümlichen, unsinnigen Verbindungen einer Reihe von Adjectiven mit einem Hauptwort: „Singender, fliegender, rauschender Luftdruck."

In einzelnen Fällen zeigt sich die Anomalie des Sprechens dadurch, dass statt der Muttersprache eine fremde Sprache, zuweilen sehr gut, gesprochen wird: eine meiner Patientinnen mit periodischer Manie sprach während des Anfalles nur französisch; ebenso eine Lehrerin einer Volksschule während einer hysterischen Psychose; ein Paralytiker, welcher früher nur hochdeutsch gesprochen, sprach vom Beginn seiner Krankheit an nur plattdeutsch.

b) Durch krankhafte Störung in den Vorstellungen, welche mit Reiz- oder Lähmungserscheinungen im corticalen Sprachcentrum verbunden ist.

Zu den Reizzuständen gehört das Verbigeriren (Kahlbaum)[1]: Andauernde Wiederholungen einzelner Worte oder Phrasen; mit oder ohne Rhythmus werden sie zuweilen mit absonderlichen Gesten und Grimassenschneiden, öfter mit einem gewissen Pathos hervorgebracht, der sich besonders mit Rücksicht auf die sinnlose Wiederholung wunderlich ausnimmt.

Verbigeriren wird bei katatonischen Zuständen, bei epileptischen und alkoholistischen Delirien, bei progressiver Paralyse, besonders auch nach paralytischen Anfällen, auch bei Dementia senilis beobachtet. Es ist anzunehmen, dass hier ein Reizzustand in dem Sprachcentrum die Wiederholung derselben Worte und Sätze vermittelt, ebenso wie bei einer Form der Echolalie, bei welcher der Kranke das eben Gehörte wiederholt. Diese bei choreatischen Psychosen, aber auch bei katatonischen Zuständen vorkommende Echolalie ist von der gleich zu besprechenden Echolalie bei Dementen wohl zu unterscheiden. Ein Reizzustand in dem Sprachcentrum besteht auch bei der hallucinatorischen Echosprache, bei welcher der Kranke das hallucinirte Wort wiederholen muss.

Ein paretischer Zustand des Sprachcentrums ist dagegen bei der Perseveration (Neisser)[2]) anzunehmen. Es handelt sich

---

[1]) Neisser, Zeitschr. f. Psych. Bd. 46 S. 168, 1890.
[2]) v. Sölder, Jahrb. f. Psych. S. 479, 1899.

hier um ein Haftenbleiben der betreffenden Bewegungsvorstellungen im Sprachcentrum, der Kranke beantwortet die erste Frage richtig, giebt aber dann auf die folgenden Fragen die erste Antwort. Bisweilen ist schon die erste Beantwortung unrichtig.

Die Perseveration findet man im Verlauf der Aphasie öfter, und ein Uebergang zu derselben findet sich in der physiologischen Einschiebung von einzelnen Worten oder Silben in der Rede (Angophrasie, Kussmaul). Die Perseveration kommt bei denselben Zuständen vor wie das Verbigeriren, löst dieses zuweilen ab. Sie wird auch beobachtet in Dämmerzuständen, bei Hirntumoren, progressiver Paralyse und seniler Demenz, meist im Gefolge von paralytischen Anfällen.

c) Durch krankhafte Vorgänge im Sprachcentrum. Die Echosprache der Dementen stellt lediglich einen Reflex vom Hörcentrum zum Sprachcentrum dar. Derartige Kranke wiederholen wie ein Phonograph das eben Gehörte. Als Reizzustand im Sprachapparat (Tic) ist das besonders bei choreatischen und epileptischen Psychosen beobachtete Ausstossen einzelner Worte (Onomatomanie, bei schmutzigem Inhalt der Worte: Koprolalie) zu betrachten (Onomatomanie bei psychisch Gesunden beruht öfter auf Angewöhnung, z. B. das Ausstossen des Wortes „unberufen"). Die Lähmungszustände im sensorischen Sprachapparat geben sich als Worttaubheit kund, wobei wegen des mangelnden Verständnisses der gestellten Frage die gegebene Antwort ganz unsinnig erscheinen kann, oder auch durch Paraphasie verändert ist.

Worttaubheit mit oder ohne Paraphasie wurde zuweilen fälschlich als Psychose mit Verwirrtheit diagnosticirt. Der Kranke, der in Folge seiner Worttaubheit die gestellten Fragen in unsinniger Weise beantwortet und in Folge der nicht selten mit der Worttaubheit verbundenen Unfähigkeit, Gegenstände wieder zu erkennen, ihre Bedeutung und ihren Zweck aufzufassen, die widersinnigsten Handlungen ausführt, den Kamm in den Mund steckt, die Suppe mit den Fingern essen will, wird als Geisteskranker betrachtet, während es sich um eine Heerderkrankung des Hirnes handelt. Eine genaue Untersuchung des psychischen Zustandes wie des peripherischen Nervensystems (rechtsseitige Hemiparese), das apoplektische Eintreten der Erkrankung werden die Diagnose der Heerderkrankung sichern. Intercurrent und complicirend treten solche Zustände bei organischen Psychosen, bei Hirntumoren, bei syphilitischen Psychosen, bei der progressiven Paralyse ein.

d) In Bezug auf den formellen Ablauf der Sprache unterscheidet man das übermässig schnelle Sprechen (Logorrhoe) bis zum Zungendelirium (Tumultus sermonis), besonders bei manischen Zuständen. Den Gegensatz dazu bildet das zu langsame Sprechen (Bradyphrasie), besonders bei Melancholikern, bei katatonischen Zuständen, bei progressiver Paralyse, bei Hirngeschwülsten, bei secundärer Demenz.

e) Die Veränderung der grammatikalischen Satzbildung (Agrammatismus, Akataphasie) zeigt sich als Infinitivsprache oder der Kranke lässt die Bindeworte fehlen, er verwechselt die Präpositionen, die Pronomina u. s. w., besonders bei Idiotismus, dann bei organischen Psychosen mit aphatischen Störungen.

f) Endlich ist hier noch das Stottern (Dysarthria syllabaris) und das Stammeln (Dysarthria literalis) zu erwähnen. Bei letzterer wird ein Consonant statt eines anderen gesetzt, vorzugsweise statt des r (Pararhotacismus) oder des s (Parasigmatismus) ein l, w resp. f, g. Stottern und Stammeln wird besonders bei Idiotismus beobachtet, das Stammeln sodann noch bei organischen Psychosen, speciell nach apoplektischen Anfällen.

g) Der Ton der Stimme ist zuweilen schwach, lispelnd, monoton, besonders bei ängstlichen Zuständen, zuweilen laut, rauh, besonders bei manischen Zuständen, in Folge unvollständigen Schlusses der Stimmritze. Er wird näselnd bei Parese des Velum palatinum, tief bei Schlaffheit und Atrophie der Stimmbänder (organische Psychosen, speciell progressive Paralyse), meckernd (Aegophonie) bei hysterischen Psychosen.

Eine besondere complicirte Art der Sprachstörung zeichnet die Paralytiker aus. Sie soll bei der progressiven Paralyse besprochen werden.

3. Das Schreiben[1]) der Geisteskranken wird inhaltlich sich ihrer Sprache entsprechend gestalten.

Die Schriftstücke derselben sind zuweilen deswegen besonders werthvoll, weil manche Kranke dem Papier das anvertrauen, was sie auszusprechen sich scheuen (speciell bei Hallucinationen).

Die Hervorhebung, Unterstreichung gewisser Worte giebt öfter den Fingerzeig zu dem herrschenden Wahnsystem, das sich auch in kabbalistischen Zeichen, in Chiffreschrift u. s. w. äussern kann.

Verbigeration und Perseveration äussern sich auf dem Papier ähnlich wie in der Sprache.

Oefter sind die ersten Zeilen des Schriftstückes inhaltlich intakt, um im weiteren Verlauf erst die krankhafte Störung zu zeigen.

In Verbindung mit Wahnvorstellungen und Hallucinationen tritt zuweilen ein Schreibzwang auf. Der Kranke behauptet, ein Anderer führe ihm die Hand, und lasse ihn gewisse Worte oder Sätze, von welchen er selbst nichts wüsste, und welche er selbst nicht schreiben wollte, niederschreiben.

In der Form des Schreibens zeigt sich der manische Zustand durch vielfaches Unterstreichen, durch zahlreiche Ausrufungszeichen, durch Beförderungsangaben: „per Rohrpost“, „per Expressboten“, durch Kleckse und andere Unsauberkeiten, der mikromanische zuweilen durch die auffallend kleine Schrift, der paranoische, besonders bei dem Quärulanten-

---

[1]) Erlenmeyer, Die Schrift. Stuttgart 1879.

wahnsinn, durch die Massenhaftigkeit und Ausführlichkeit, durch Neologismen u. s. w., der paralytische durch Auslassen von Buchstaben und Silben oder Versetzen derselben wie beim Silbenstolpern. Schliesslich kommt es zu einem Vergessen der Schriftzeichen, der Kranke kritzelt auf dem Papier umher.

Die Buchstaben können pathologisch entweder dadurch verändert sein, dass sie ataktisch (Näherung der Schrift des Erwachsenen an diejenige des Kindes, das eben schreiben lernt, excessiv ausgeführte Buchstaben, die grade Linie wird nicht innegehalten, Haarstriche sind zickzackförmig u. s. w.) oder zitterig (progressive Paralyse, Alkoholismus, Dementia senilis) sind.

Die Spiegelschrift (so genannt, weil sie mit Hilfe eines Spiegels gelesen werden muss) kommt bei Imbecillen, Paralytikern, besonders bei apoplektischen Psychosen vor. Der Kranke schreibt von rechts nach links.

Es gibt Kranke, welche auch die Worte in derselben Weise aussprechen (Spiegelsprache), indem sie den letzten Buchstaben zuerst, die anderen folgen lassen, zuletzt den ersten setzen, statt „Mutter“: „Rettum“. (Diese Spiegelsprache wird zuweilen von Schulkindern geübt.)

4. Der Gesichtsausdruck bei Geisteskranken kann sein:

a) Ein manischer mit lebhaftem Muskelspiel, glänzendem Auge und einem durch die beständigen Bewegungen des Auges hervorgebrachten lebhaften Blick.

Dabei ist besonders lebhaft das Spiel der Musculi zygomatici majores, des Pyramidalis nasi und der Orbiculares palpebrarum, welches die innere Erregung mit dem Gefühl der Lust kennzeichnet.

b) Ein depressiver. Die Muskeln des Gesichts befinden sich in einem hypertonischen Zustand. Der Frontalis ist contrahirt, daher ist die Stirn in horizontale Furchen zerlegt, zu denen sich durch die Contraction der Corrugatoren mit Annäherung der inneren Enden der Augenbrauen senkrechte Spalten gesellen. Das Auge erscheint glanzlos, matt, weil die Augenlidspalten durch Contraction der Orbiculares palpebrarum eng sind und die Thränenfeuchtigkeit fehlt. Der Mund ist durch die Contraction des Orbicularis oris geschlossen, öfter sind dabei die Mundwinkel nach unten gezogen.

c) Ein beobachtender. Der Gesichtsausdruck ist der eines Menschen, welcher mit einer gewissen Spannung etwas erwartet, die Ohren werden „gespitzt“, die Augen fixirt — speciell bei Hallucinanten, welche ihre Illusionen oder Hallucinationen beobachten.

d) Ein blöder. Die Gesichtsmuskeln sind hypotonisch, das Auge ist leer, der Mund halb geöffnet, der Speichel fliesst aus, dabei besteht zuweilen eine Art von Lächeln. (Zustand von Demenz) (cf. auch hypotonischer Stupor.)

e) Ein besonderer Gesichtsausdruck wurde oben bei Besprechung des katatonischen Stupors erwähnt (S. 55).

X. Die krankhaften Störungen im körperlichen Zustand.

1. Der Schädel und die sogenannten körperlichen Degenerationszeichen.

Die an dem Lebenden zu nehmenden Schädelmaasse sind[1]):

a) Der Horizontalumfang ist mit dem Stahlbandmaass zu messen, das direct oberhalb der Augenbrauenbogen und über den hervorragendsten Punkt des Hinterhaupts gelegt wird. Zum Vergleich mit dem nackten Schädel sind 20 mm (bei fetten Frauenköpfen 30 mm) abzuziehen.

Als Mittel des Horizontalumfangs am nackten Schädel wird bei Männern 521 mm, bei Frauen 503 mm angenommen.

Regelmässige Schädel von über 550 mm Umfang heissen Kephalone (wohl zu unterscheiden von dem durch Hyperostose oder Hydrocephalie abnorm vergrösserten Schädel).

Sinkt der Horizontalumfang unter 462 mm, so spricht man von Mikrocephalie (Nannocephalie).

b) Die grösste Länge (L) wird mit dem Tasterzirkel ohne Rücksicht auf die Horizontalebene von der Mitte des Arcus superciliares bis zu dem am meisten vorragenden Punkt des Hinterhauptes gemessen.

Sie beträgt (nach Abzug von 20—30 mm für die Kopfhaut) 18,3 für den Mann, 17,8 für die Frau.

c) Die grösste Breite (B), senkrecht zur Sagittalebene gemessen da, wo sie sich findet, nur mit Ausschluss des Spitzenfortsatzes und der hinteren Temporalleiste — ist mit dem Schiebezirkel zu messen.

Die Messpunkte müssen in einer Horizontalebene liegen.

Nach Abzug von 5 mm beträgt derselbe im Mittel bei Männern 15,0, bei Frauen 14,0 cm.

Nach dem Längenbreitenindex $\left(\frac{100\,B}{L}\right)$ theilt man die Schädel ein in:

dolichocephale,	Index bis 75,
mesocephale,	„ 75,0—79,9,
brachycephale,	„ 80,1—85,0,
hyperbrachycephale	„ 85,1 und darüber.

d) Der Profilwinkel wird bestimmt durch die Neigung der Profillinie zur Horizontalebene des Schädels.

Man bezeichnet als prognath den Gesichtsschädel, bei welchem dieser Winkel bis 82°, als mesognath, bei welchem er 83—90°, als hyperorthognath, bei welchem er 90° beträgt.

Eine erhebliche praktische Bedeutung haben die Schädelmessungen für die Psychiatrie bisher nicht gewonnen, trotzdem ist eine genaue Betrachtung der Schädelformation nie ausser Acht zu lassen; im Allgemeinen kann man nur sagen, dass bei Geisteskranken vor Allem die Maxima und Minima verhältnissmässig häufig sind.

Als besondere Abweichungen seien hervorgehoben:

1. Der mikrocephale Schädel (bei Idioten). Der Schädel ist vorn schmal, die Ohren stehen vom Kopfe ab, die Augen stehen der Nasenwurzel sehr nahe, die Unterkiefer treten stark hervor, die Ohren sind von hinten oben nach vorn unten abgestutzt.

---

[1]) Rieger, Eine exacte Methode der Kraniographie. Jena 1885.

2. Die hydrocephalische Form des Schädels (bei Imbecillen und Idioten). Die Stirn ist breit, das Gesicht klein, die Augen sind nach unten gerichtet, Kinn und Unterkiefer sind schmal.

3. Der mongolische Typus oder Kalmückentypus. Der Arcus superciliaris ist tiefer als gewöhnlich, der innere Augenwinkel geht zur Nase schräg herab. Der Kopf ist schmal und rund, das Gesicht ist wie plattgedrückt, die Nase stumpf, der Nasenrücken flach.

4. Der Cretinschädel (cf. Cretinismus).

5. Der progenee Schädel (L. Meyer). Der Unterkiefer überragt den Oberkiefer, die Schneide- und Eckzähne des letzteren werden bei geschlossenem Munde von denen des ersteren völlig überragt. Die Stirngegend springt steil hervor, das Gesicht ist schmal und flach, das Hinterhaupt ist nur schwach entwickelt, das Ligamentum nuchae platt (bei Imbecillen, aber auch öfter bei Geistiggesunden).

6. Die verschiedenen Formen des Schiefschädels (Plagiocephalie), für deren Bestimmung eine exacte Messmethode noch fehlt. Der vordere Theil des Schädels ist auf der einen, der hintere auf der anderen Seite mehr entwickelt. Nur die hohen Grade des Schiefschädels werden in Betracht zu ziehen sein, da unter normalen Verhältnissen die ungleiche Entwicklung beider Schädelhälften häufig genug ist.

7. Naticephalie (Parrot). Der Schädel hat eine Form, wie die Nates (hereditäre Syphilis).

8. Sattelkopf. Am oberen Rande der Stirnbeine im Laufe der Kranznaht ist eine tiefe Einsenkung, welche sich in der Frontalebene nach hinten fortsetzt (Imbecillität).

9. Rückfliegende und vorfliegende Stirn. Die rückfliegende Stirn bedeutet eine Einengung des Stirnhirnes, dieselbe wird aber durch grössere Wölbung des Knochens öfter compensirt.

Die Verbildungen an den Ohren[1]) sind folgende:

1. Verschiedene Anheftung der Ohren nach vorn oder hinten, verschiedene Grösse auf beiden Seiten, Fehlen der Ohrläppchen, Angewachsensein derselben.

2. Das Darwin'sche Spitzohr. Ohren, bei welchen der Helix am Uebergang vom queren zum absteigenden Theil fehlt und so der scharfe freie Rand des Ohrknorpels eine Spitze nach oben aussen bildet, ferner Knötchenbildung im Helix am äusseren Ohrrand.

3. Das Stahl'sche Ohr. Fossa ovalis und oberer Theil der Fossa scaphoidea werden durch den Helix verdeckt.

4. Das Wildermuth'sche Ohr. Anthelix prominirt, Helix ist nach hinten abwärts geklappt.

5. Das Morel'sche Ohr. Grosses Ohr, namentlich in seinen oberen Theilen, Crus superius verbreitert und so schlecht gebildet, dass es halb verstrichen ist. Scapha superior gross und breit.

An den Augen werden als Degenerationszeichen aufgeführt:

Enge, etwas schiefe Augenlidspalten mit mongolischem Charakter, Rudimente der Membrana nictitans, Mikrophthalmie, totales oder partielles Fehlen der Iris (Iridoremie), mehrere Oeffnungen in der Iris (Polycorie), excentrische Lage der Pupille (Korektopie), mangelnde Perforation der Iris (Akorie), Heterochroma iridis (verschiedene Färbung der Iris auf beiden Augen), congenitale Cataracte.

An den Lippen: Hasenscharte.

Am harten Gaumen: Wolfsrachen, Asymmetrie, hoher und steiler Gaumen (Bedeutung zweifelhaft), Verdickung der Processus palatini und

---

[1]) Schwalbe, Arch. f. Psych. Bd. 32. S. 633.

der Partes horizontales des Gaumenbeins in der Mitte der Gaumenplatte (Torus palatinus: kielartig, schmal, breit), Spaltung der Uvula.

An den Zähnen: Anomalieen der Form, der Grösse (Nanismus, Gigantismus), der Zahl, wobei besonders der äussere Schneidezahn oder der Weisheitszahn fehlen oder supplementäre Zähne vorhanden sein können; der Stellung und der Structur (Erosionen).

Zuweilen finden sich an den oberen mittleren Schneidezähnen, welche verkrümmt sind, Einkerbungen, ihre Gestalt ist schraubenzieherartig (Hutchinson'sche Zähne, vorzugsweise, doch nicht ausschliesslich, bei hereditärer Syphilis).

An den Händen und Füssen wird beobachtet: Polydaktylie, Megalodaktylie, Brachydaktylie, Ektrodaktylie (Verminderung der Zahl der Finger), Syndaktylie (Verwachsensein der Finger), an den Füssen Klumpfuss in den verschiedensten Formen.

In Bezug auf die Haut ist übermässige Haarentwicklung auf der Brust, am Rücken, Mangel des Kopf- und Barthaares im jugendlichen Alter zu erwähnen.

Am Genitalapparat kommen vor: Hypospadie, Epispadie, Kryptorchismus; beim weiblichen Geschlecht: sehr grosse Clitoris, Hymen in Form von zwei Lippen, nicht central perforirt, querer Verschluss der Vagina.

Diese sogenannten Degenerationszeichen können nur dann einen gewissen pathologischen Werth für die Geisteskrankheiten in Anspruch nehmen, wenn sie nicht vereinzelt, sondern in grösserer Zahl bei einem Individuum vereint, da sie vereinzelt bei einer sehr grossen Zahl geistig gesunder Individuen vorkommen, und die Ueberschätzung der Bedeutung jener Zeichen leicht dazu führt, überall „Degenerirte" zu sehen. Sie sind besonders häufig bei Idiotismus, kommen aber auch bei den verschiedensten erworbenen Zuständen von Geisteskrankheit vor, und werden, wenn sie in grösserer Zahl vorhanden sind, in der Regel auf eine erhebliche erbliche Belastung hinweisen.

2. Die Störungen in den peripherischen Sinnesapparaten.

Veränderungen in dem peripherischen Apparat des Geruchs und Geschmacks haben eine besondere symptomatische Bedeutung für die Geisteskrankheit nicht, die des Gehörssinns werden, wenn sie angeboren sind, meist die geistige Entwicklung beeinträchtigen.

Das Auge verlangt eine besondere Besprechung.

Die Hoffnung, dass auch für die Kenntniss der functionellen Geisteskrankheiten der Augenspiegel uns Förderung bringen würde, hat sich bisher nicht erfüllt.

Dagegen zeigt er uns die Stauungspapille bei den von Heerdaffectionen des Hirns ausgehenden Psychosen, die Sehnervenatrophie bei der progressiven Paralyse, die alkoholistische und die albuminurische Neuritis optica bei Alkohol- resp. urämischen Psychosen, syphilitische Veränderungen, Cysticercus, welche für die Beurtheilung der Geistesstörung von Bedeutung sein können.

Die Pupillen können bei Psychosen normal, different, hochgradig verengt (miotisch), hochgradig erweitert (mydriatisch) sein. Sie können auf Licht und Accommodation stumm bleiben oder sie

können bloss auf Lichteindruck starr bleiben, während sie bei der Accommodation sich zusammenziehen.

Sind die Pupillen different, so hat man vorerst nachzusehen, ob nicht irgend ein locales Leiden des Auges, speciell eine verschiedene Refraction der Augen die Differenz hervorruft. Ist dieses nicht der Fall, dann kann eine solche Differenz von Jugend auf gleichzeitig mit einer ungleichmässigen Entwicklung des Schädels auf beiden Seiten (Plagiocephalie) bestehen. Differente Pupillen kommen sodann vorübergehend vor bei den verschiedensten functionellen Psychosen und sie sind nicht selten im Stadium der secundären Demenz. Mit anderen Lähmungszuständen zusammen finden sie sich häufig bei den organischen Geisteskrankheiten, speciell der Paralyse. Die symptomatologische Bedeutung einer Pupillendifferenz wird erhöht, wenn der Grad der Differenz wechselt, oder wenn bald die eine, bald die andere Pupille die weitere ist.

Miosis ist oft lediglich Folge der Senescenz, oder wird hervorgebracht durch Medicamente (Morphium, Chloral).

Stecknadelkopfgrosse Pupillen bei Geisteskranken deuten auf eine organische Psychose, in der Mehrzahl der Fälle auf Paralyse hin.

Mydriasis, besonders springende, d. h. das Auge wechselnde, deutet ebenfalls in der Regel auf eine sich entwickelnde oder vorhandene Paralyse.

Zuweilen werden weite Pupillen vorübergehend bei Epileptikern oder im Zustand der Verwirrtheit beobachtet.

Das Erlöschen der Zusammenziehung der Pupillen auf Licht und Accommodation ist in der Regel ein Zeichen einer schweren organischen Hirnerkrankung, wenn nicht ein peripherisches resp. nucleares Leiden des Oculomotorius vorliegt.

Das Robertson'sche Zeichen (Fehlen der Zusammenziehung der Pupille bei directem Lichteinfall, während die Pupille bei Convergenzbewegung sich zusammenzieht) findet sich besonders häufig bei progressiver Paralyse, sodann bei luetischen Psychosen, besonders bei syphilitischer basaler Meningitis, ferner zuweilen bei Dementia senilis, bei Polyneuritis alcoholistica, bei einzelnen Heerderkrankungen des Hirns. Vorübergehend zeigt es sich im epileptischen, nur ganz ausnahmsweise im hystero-epileptischen Anfall (Westphal); ferner im tiefen Rauschzustand.

Ebenso fehlt bei jenen Krankheiten öfter die unter normalen Verhältnissen in der Mehrzahl der Fälle bei Reizung sensibler Nerven eintretende Erweiterung der Pupillen[1]).

Trägheit der Pupillenreaction findet sich häufig vorübergehend bei den verschiedensten Psychosen, besonders auch bei den epileptischen Psychosen. Bei secundärer Demenz wird ab und zu sehr lebhafte Lichtreaction gefunden.

Zuweilen (besonders bei der progressiven Paralyse) findet sich ein Typus inversus der Pupillenreaction auf Licht, indem sich die Pupille bei Lichteinfall vergrössert (paradoxe Pupillenreaction). Bei genauer Beobachtung zeigt sich meist, dass hier im ersten Augenblick eine Verengerung erfolgt, welche bei der Schwäche der Innervation schnell einer Vergrösserung Platz macht.

Bei lichtstarren Pupillen kann bei dem Versuch, das Auge mittelst des Musculus orbicul. oculi energisch zuzukneifen, eine Verengerung der Pupille eintreten (Westphal, Pilcz)[2]).

---

[1]) Moeli, Arch. f. Psych. Bd. 13. S. 602.

[2]) Neurol. Centralbl. 1899 S. 161 u. 248, 1900 S. 434.

Ein fortwährender Wechsel in der Weite der Pupillen auf einem oder auf beiden Augen (Hippus) ist selten, am häufigsten noch bei epileptischen und hysterischen Krampfzuständen, zuweilen bei traumatischen Psychosen.

3. Die Störungen der Sensibilität.

Kopfschmerzen, welche bald im Vorderkopf, bald im Hinterkopf, bald auf dem Scheitel ihren Sitz haben, sind im Prodromal- und Initialstadium der functionellen Psychosen, bei hysterischen und epileptischen Psychosen sehr häufig, sie pflegen während der Höhe der Krankheit zu verschwinden, um verstärkt in der Reconvalescenz wiederzukehren.

Ebenso pflegt eine vor der psychischen Erkrankung vorhanden gewesene Migräne während jener zu cessiren, um sich in der Reconvalescenz wieder einzustellen.

Hyperästhesieen und neuralgiforme Schmerzen sind bei hypochondrischen und hysterischen Psychosen häufig; dass im Uebrigen bestimmte Nervenbahnen Beziehungen zu bestimmten Wahnvorstellungen haben, ist nicht anzunehmen. Bei Intoxicationspsychosen (Alkohol, Diabetes, Albuminurie) können durch Vermittlung von Neuritiden die verschiedensten Hyperästhesieen und neuralgiforme Schmerzen entstehen.

Die Bestimmung, ob die Haut in grösserem oder geringerem Umfang hyperästhetisch oder anästhetisch ist, wird häufig bei dem Bewusstseinszustand der Kranken nicht möglich sein.

Melancholiker erzählen z. B. in der Reconvalescenz, dass sie jede Berührung und jeden Nadelstich gefühlt haben, während sie bei der Untersuchung völlig anästhetisch und analgetisch erschienen. Gleiches gilt von den stuporösen Zuständen. Bei hysterischen Psychosen sind Anästhesieen in den allerverschiedensten Formen und in verschiedenster Ausbreitung sehr häufig, bei den alkoholistischen Psychosen, wie bei den verschiedensten organischen Psychosen sind Störungen der Sensibilität meist durch Neuritis, medulläre Affectionen, Ponserkrankungen u. s. w. bedingt (cf. auch progressive Paralyse).

4. Störungen der Motilität.

Die Muskeln können bei Geisteskranken in einem hypertonischen, katatonischen oder einem hypotonischen Zustand sich befinden.

Ausser im Stupor, bei welchem diese verschiedenen Spannungszustände beobachtet werden und beschrieben wurden, kommt die Hypertonie in der Melancholie, wie in den verschiedenen depressiven Stadien anderer Psychosen vor, die katatonische Spannung bei der hypochondrischen Paranoia, im Delirium hallucinatorium, bei Alkoholismus, in der progressiven Paralyse, die Hypotonie ausser in der Dementia acuta bei den verschiedensten Psychosen, welche mit Lähmungen einhergehen.

Krämpfe einzelner Muskeln, wie allgemeine klonische und

tonische Krämpfe werden bei Idiotismus, den epileptischen, hysterischen und hystero-epileptischen Psychosen, den Intoxicationspsychosen, wie den organischen Psychosen beobachtet, und werden bei den verschiedenen Formen ihre Erwähnung finden.

Dasselbe gilt von den Lähmungen in der verschiedensten Localisation und Ausbreitung, mit und ohne Contracturen.

Eine Besprechung an dieser Stelle sollen jedoch noch die Lähmungszustände der Blase und des Rectums finden.

Enuresis (unwillkürliche Urinentleerung) tritt bei Geisteskranken auf:

1. Weil der Kranke nicht genügende Aufmerksamkeit auf das eintretende Bedürfniss zum Uriniren verwendet, die Urinentleerung erfolgt reflectorisch, wie bei spielenden Kindern. Diese Form der Enuresis kommt bei Dementen, bei der Manie, in stuporösen und tobsüchtigen Zuständen vor.

2. Weil das Gefühl für die Anfüllung der Blase herabgesetzt oder erloschen ist. Der Urin entleert sich ebenfalls lediglich vermittelst des Reflexes. Bei Paralytikern, bei Dementia senilis zuweilen im Stupor.

Die Anästhesie kann so stark sein, dass der Kranke auch die Entleerung des Urins nicht merkt: „Ein Anderer hat ins Bett gepinkelt."

3. Durch Lähmung des Sphincter vesicae: der Urin fliesst fortwährend ab; bei organischen Psychosen.

4. In Zuständen von Bewusstlosigkeit (epileptische, paralytische Anfälle).

Ischurie (Harnverhaltung) wird beobachtet:

1. Bei Anästhesie der Blase. Der Kranke merkt nicht, dass die Blase gefüllt ist und hat deswegen auch keine Veranlassung, Urin zu entleeren. Dabei kann der Sphincter krampfhaft geschlossen (hierher gehört die Urinverhaltung der Melancholischen, vieler Stuporösen) oder der Detrusor vesicae gelähmt sein (organische Geisteskrankheiten, paralytische Anfälle).

2. Bei Lähmung des Blasenreflexes (progressive Paralyse und andere organische Geisteskrankheiten).

3. In Folge von Wahnvorstellungen. Dem Kranken ist verboten, Urin zu lassen, oder er scheut sich, das Gefäss zu beschmutzen u. s. w.

Man versäume nie, besonders bei stuporösen oder dementen Geisteskranken, die Blase zu untersuchen. Zuweilen träufelt fortwährend Urin ab, während die Blase bis zum Nabel ausgedehnt ist. (Ischuria paradoxa). Der Urin träufelt bei gelähmtem Sphincter einfach mechanisch aus der Blase heraus (progressive Paralyse, senile Demenz).

Aehnlich sind die Verhältnisse in Bezug auf die Stuhlentleerung.

Stuhlverstopfung begleitet in der Regel die functionellen Psychosen, sie ist besonders hartnäckig bei der Melancholie und hat hier meist ihren Grund in der krampfhaft gehemmten Peristaltik und dem hypertonischen Zustand des Sphincter (daher auch hier öfter das Opium den Stuhlgang fördert).

Zuweilen sind es aber auch Wahnvorstellungen, welche den Kranken hindern, auf das Closet zu gehen: sie wollen dasselbe nicht verunreinigen oder auch sie fürchten, sich dort zu inficiren.

Unfreiwilliger Abgang von Stuhlgang (Secessus involuntarii) kann in ähnlicher Weise wie die Enuresis zu Stande kommen.

Es giebt auch einen der Ischuria paradoxa zu vergleichenden Zustand in Bezug auf die Stuhlentleerung, welche besonders bei der Paralyse vorkommt: fortwährender Ausfluss von flüssigem Stuhlgang, während das Rectum hoch hinauf mit festen Kothmassen ausgefüllt ist.

Die „Unsauberen" [1]), welche Urin und Stuhlgang unter sich lassen,

[1]) Manheimer, Du gâtisme. Thèse de Paris 1897.

welche soeben abgehalten, nichts entleeren, gleich darauf ihr Lager beschmutzen, und, soeben gereinigt, wieder Alles beschmutzen, sind eine grosse Crux für die Anstalten. Zuweilen ist die Verunreinigung eine beabsichtigte, willkürliche (Imbecille mit moralischem Wahnsinn, Paranoiker, sehr selten zum Zwecke der Simulation).

5. Die Störungen in den Reflexen.

Die Stärke der Sehnenreflexe ist bei den verschiedenen functionellen Psychosen sehr verschieden, ebenso wie ja auch in der Norm schon der Ausschlag beim Kniescheibensehnenreflex in Bezug auf seine Grösse in weiten Grenzen schwankt, und im Allgemeinen erhöht ist, wenn die Ernährung darniederliegt, während bei den höchsten Graden der Cachexie der Patellarreflex schwach werden, ja verschwinden kann.

Erhebliche Stärke der Sehnenreflexe findet sich oft bei hysterischen und epileptischen Psychosen, in einer grösseren Zahl von Fällen von progressiver Paralyse, bei Psychosen bei multipler Sklerose; einseitig verstärkt bei apoplektischen Psychosen oder bei solchen mit Heerderkrankungen. In diesen Fällen ist oft gleichzeitig Patellar-, auch Fussclonus vorhanden. Eine nennenswerthe Differenz in der Stärke der Patellarreflexe zwischen beiden Seiten weist auf eine sich entwickelnde organische Rückenmarks- oder Hirnkrankheit resp. auf beide hin und wird öfter vor dem völligen Verschwinden der Reflexe beobachtet (progressive Paralyse, Dementia senilis).

Das Fehlen der Patellarreflexe[1]) findet sich nur äusserst selten bei normalen Individuen (ich sah dasselbe einmal bei einem Manne und dessen 14jährigem Sohn ohne jedes andere Symptom einer Nervenerkrankung), und man wird beinahe mit absoluter Sicherheit sagen können: das Fehlen der Patellarreflexe deutet bei einem Geisteskranken auf eine organische Erkrankung des Nervensystems, sei es auf eine Neuritis (Alkoholismus, Diabetes, Nierenaffection), sei es auf eine Erkrankung der Hinterstränge (besonders Paralyse mit medullärer Degeneration), sei es auf eine organische Veränderung in der hinteren Schädelgrube (cerebellare Tumoren, pontile Affectionen u. s. w.).

Zuweilen erscheinen die Sehnenreflexe träge, d. h. der Reflex vollzieht sich nicht, wie in der Norm, schnell, blitzartig, sondern er geht schlaff, langsam von statten, ein Vorkommen, welches öfter dem Schwinden der Patellarreflexe vorangeht.

Man untersuche ausser dem Patellarreflex auch den Achillessehnen- und Ellbogenreflex.

---

[1]) Man darf von einem solchen erst dann sprechen, wenn man den zu Untersuchenden mit nackten Beinen und Füssen auf einen Tisch gesetzt hat, wobei die Beine schlaff herunterhängen, und während des Schlags auf die Sehne derselbe durch Rechnen oder sonstwie abgelenkt ist.

Von den Hautreflexen untersuche man den Plantarreflex, Bauchmuskel- und Cremasterreflex.

Die Stärke dieser Reflexe ist unter normalen Verhältnissen sehr verschieden.

Dieselben sind bei hysterischen und epileptischen Psychosen oft sehr stark, dagegen in den depressiven Stadien der verschiedensten Psychosen häufig schwach. Sie fehlen bei peripherischen Lähmungen des Gefühls und der Motilität. Ihr Verschwinden deutet im Uebrigen meist auf eine organische Erkrankung, ebenso wie das Verschwinden der Sehnenreflexe, doch sind die ersteren öfter erhalten, wo die letzteren fehlen.

Das halbseitige Fehlen deutet auf eine cerebrale organische Affection (findet sich besonders bei apoplektischen Psychosen).

Der Babinski'sche Reflex (bei der Hervorrufung des Plantarreflexes wird die grosse Zehe nicht wie in der Norm flectirt, sondern extendirt) weist nach den bisher vorliegenden Erfahrungen auf eine organische Erkrankung des Centralnervensystems hin.

Von den Schleimhautreflexen kommen bei der Untersuchung besonders der Conjunctivalreflex, der Gaumensegel- und Pharynxreflex in Betracht.

Sie fehlen häufig da, wo die Hautreflexe fehlen, besonders oft ausserdem bei Hysterischen und Alkoholisten.

Von den visceralen Reflexen ist der Pupillenreflex wie der Blasen- und Rectalreflex bereits erwähnt. Der Sexualreflex ist bei den manischen Zuständen, auch in denen der Paralyse oft erhöht, sonst in der Regel herabgesetzt (oft schon in den Anfangsstadien der Paralyse, bei Alkoholisten, Morphinisten, bei allen depressiven Zuständen) und erlischt bei den organischen Geisteskrankheiten meist völlig.

6. Störungen in den vasomotorischen Nerven. Secretionsanomalieen. Trophische Störungen.

Angiospastische Zustände werden bei Geisteskranken beobachtet als Kältegefühl am Kopf, am Rücken, an Händen und Füssen, ferner als locale Asphyxie der Hände und Füsse (bei Melancholie, auch anderen depressiven Zuständen, hysterischen und epileptischen Psychosen, bei der progressiven Paralyse). Durch eine vasomotorische Neurose wird auch die Präcordialangst hervorgebracht.

In schwachem Grade sich nur als Druck und Beklemmung in der Herzgegend zeigend, kann sie sich zu einem Gefühl von Angst, ja Todesangst steigern, welche mit kleinem, beschleunigtem Pulse, blassem und kühlem Gesicht, das zuweilen später heiss und roth wird, kalten Extremitäten, verlangsamter und oberflächlicher Respiration (7—9 Inspirationen auf die Minute), mit allgemeinem Zittern einhergeht. Gegen Ende eines Anfalles stellen sich tiefe und seufzende Respirationen ein, öfter beendet denselben ein reichlicher Schweissausbruch. Auf der Höhe des Anfalles besteht nicht selten eine gewisse Benommenheit.

Präcordialangst ist vor Allem häufig bei der Melancholie, kommt aber auch in depressiven Stadien anderer Psychosen vor, ist bei Epilepsie im prä- und postepileptischen Zustand und bei epileptischen Psychosen, bei

den verschiedensten Intoxicationen zu finden, und wird besonders bei Alkoholismus, bei Entziehungskuren des Morphinismus beobachtet.

Angioparalytische Zustände zeigen sich als flüchtige Röthungen an den verschiedensten Körperstellen, als Dermographie, als Oedeme (weisses und blasses bei hysterischen Psychosen), als Cyanose der Haut (bei Idiotie, in späteren Stadien der Paralyse), als miliare Blutungen unter der Haut, an den verschiedensten inneren Organen (auch Blutschwitzen, Blutbrechen u. s. w.). Mit der Annahme von stärkeren Blutungen aus nervöser Ursache sei man vorsichtig. Verletzungen, welche der Kranke erlitten oder sich selbst zugefügt hat, können leicht eine Quelle der Täuschung werden.

Die Speichelabsonderung kann bei Geisteskranken vermehrt (bei Manie mit zähem, glashellem Speichel, bei Paralyse, bei Paranoia mit Vergiftungswahnvorstellungen: Speichel reichlich, erst wässrig, später dicker und trüber, ferner Quecksilberpsychosen) oder vermindert sein (Melancholie, gewisse Intoxicationen).

Eine Vermehrung des Speichels ist zuweilen nur scheinbar, indem die Kranken den Speichel nicht herunterschlucken, sondern in seiner ganzen Menge ausfliessen lassen (stuporöse Zustände, Idiotismus, Dementia).

Vermehrung der Schweisssecretion (Hyperhidrosis) findet sich zuweilen im Anfangsstadium der Paralyse, häufig bei Alkoholismus, bei Epilepsie, besonders auch bei und nach paralytischen Anfällen, Verminderung derselben (Hyphidrosis) besonders bei der Melancholie, in den dementen Stadien der verschiedensten Psychosen, besonders auch beim Myxödem.

Der Schweissgeruch, den man früher den Geisteskranken als eigenthümlich zusprach (Mäusegeruch), ist auf Unsauberkeit oder Veränderung der Exspirationsluft durch Nahrungsverweigerung oder andere Momente zu schreiben.

Die angeblichen trophischen Störungen in der Haut und im Unterhautgewebe sind häufig lediglich Erscheinungen der Unsauberkeit oder gewaltsamer Einwirkung (Erytheme, manche Panaritien, häufig in sehr schleichender Form, manche Fälle von Decubitus), zuweilen die Folge von Medicamenten (Antipyrin, Chloral, Brom u. s. w.).

Auf der anderen Seite erscheint es nicht zweifelhaft, dass bei organischen Psychosen, speciell bei der progressiven Paralyse, die Gewebe, besonders auch die Knochen und die Knorpel, eine solche Veränderung erfahren, dass ganz unerhebliche Traumen, ja selbst nur heftige Bewegungen zu Continuitätstrennungen führen können.

In dieser Beziehung ist besonders die Ohrblutgeschwulst (Othämatom) zu erwähnen.

Der Ohrknorpel erleidet eine hyaline, später körnige Umwandlung. Die Ohren bekommen eine weissbläuliche Färbung. Es entsteht schliesslich in den Ohrknorpeln ein zum Theil fibrillärer, zum Theil körniger Zerfall und endlich eine Verflüssigung mit Höhlenbildung.

Ein leichter Schlag, ein Anstossen mit dem Ohr, ein Griff nach demselben kann sodann eine Ruptur der Gefässe der Wandung der Höhle, von denen ein Theil neu gebildet ist, zu Wege bringen, und damit entsteht das Othämatom, eine Geschwulst, welche ganz besonders bei Männern auftritt, zwischen Haselnuss- und Hühnereigrösse schwankt und schliesslich zur Schrumpfung des Ohres führt. Das Othämatom kommt sehr selten bei gesunden Individuen nach einem heftigen Trauma vor. Bei Geisteskranken entsteht es in der Regel nach Verletzung durch Wärterhand (linkes Ohr entsprechend der rechten Hand des Wärters), besonders bei Paralytikern, aber auch bei Epilepsie und Dementia senilis, äusserst selten bei der Manie im furiosen Stadium.

Aehnliche Veränderungen werden am Nasenknorpel (Rhinhämatom), an den Rippenknorpeln und den Gelenkknorpeln beobachtet. Knochenbrüche entstehen leicht, indem die Knochen ihre Festigkeit verlieren, da die Knochensubstanz sich verschmälert, die Markkanäle verbreitert werden. Dabei ist die Ausscheidung der Kalksalze mit dem Urin vermehrt.

Decubitus, besonders die Form des Decubitus acutus und acutissimus, Malum perforans werden durch trophische Störungen im Unterhautbindegewebe hervorgebracht.

Der Decubitus beginnt mit einem Erythem, auf welchem sich Bläschen mit trübem, röthlichem oder rothbraunem Inhalt erheben. Dieselben platzen oder trocknen ein, die blossgelegte Haut wird blutig infiltrirt, mortificirt und ausgestossen. Zuweilen vollzieht sich der Process der Mortification in einer Nacht (Decubitus acutissimus). Der Decubitus beruht auf einer ausgedehnten Neuritis. Meist wird die Kreuzbeingegend wie die Gegend der Nates getroffen, doch zeigt er sich auch an den Ellbogen, den Hacken u. s. w. Besonders häufig entwickelt er sich bei Paralytikern nach einem paralytischen Anfall, einer Pneumonie u. s. w., welche sie ans Bett fesselt.

Auch an den Haaren (abnorme Steigerung des Haarwuchses, Ausfallen der Haare, Alopecia areata, frühzeitiges Ergrauen, welches zuweilen halbseitig stattfindet) und an den Nägeln, an den Zähnen (Ausfallen derselben) werden trophische Störungen, besonders bei organischen Hirnerkrankungen, speciell der Paralyse beobachtet, an den Haaren werden sie öfter auch bei functionellen Psychosen (cf. circuläres Irresein; wiederholt sah ich Alopecia areata bei Paranoikern, wobei das Ausfallen und Wachsen der Haare im Sinne des Wahnsystems gedeutet wurde) gesehen.

Zu den trophischen Störungen cf. auch Körpergewicht.

XI. Anomalieen der inneren Organe.

Erkrankungen des Respirationsapparats, speciell Lungentuberculosis, treten bei chronischen Psychosen, begünstigt durch den Kräfteverfall oder durch Infection in den Anstalten, auf; ein Symptom der Hirnerkrankung sind sie nicht.

Die Veränderung der Athmungsluft, der fötide Geruch rührt öfter von der Unsauberkeit des Mundes her, kann durch Nahrungsverweigerung, durch Diabetes oder auch durch die Therapie (süsslicher Geruch bei Brombehandlung, Paraldehydathmen) hervorgerufen werden.

Veränderungen des Herzmuskels, Hypertrophie des linken Ventrikels und Dilatation des rechten Ventrikels werden oft bei Psychosen gefunden, noch häufiger prämature Atherose des Aortensystems (harte Radialiswände, geschlängelte Temporalarterien, Verstärkung des zweiten Tons der Aorta).

Die Häufigkeit der Herzaffectionen bei Psychosen zeigt die Angabe Strecker's (Virch. Arch. Bd. 136), nach der unter 1000 Sectionen der Dalldorfer Anstalt bei 61,7 % der Männer und bei 42,7 % der Frauen pathologische Veränderungen am Herzen sich fanden.

Zum Theil sind diese Veränderungen die Folge derjenigen Schädlichkeit, welche die Geisteskrankheit hervorrief (z. B. Alkoholismus, Nierenaffectionen), zum Theil stellen sie die Folgen des Einflusses der Hirnerkrankung auf das vasomotorische System dar (traumatische Psychosen), zum Theil endlich sind sie als ätiologische Momente für die Geisteskrankheit zu betrachten (cf. Aetiologie).

Der Puls, welcher in Bezug auf Qualität und Frequenz sehr häufig bei Geisteskranken normal ist (chronische Dementia), kann excessiv in Bezug auf die Frequenz gesteigert (besonders bei Psychosen bei Basedow'scher Krankheit) oder retardirt sein (apoplektische Insulte, Hirngeschwülste).

Er ist langsam, mit wenig ausgiebiger Völle bei depressiven Zuständen, besonders im Stupor, doch kann er in der Melancholie auch beschleunigt sein. In den manischen Zuständen ist er oft beschleunigt und von mittlerer Völle.

Die Sphygmographie zeigt bei den organischen Psychosen häufig anakrote und katakrote Erhebungen, wie einen Pulsus tardus; im Uebrigen haben sich die Hoffnungen, aus dieser Untersuchungsmethode wichtige Aufschlüsse zu bekommen, nicht erfüllt.

Der Blutdruck pflegt bei den depressiven Zuständen und im Stupor erhöht, in der manischen Erregung verringert zu sein.

Die Blutbeschaffenheit zeigt nur geringfügige, von der Ernährung abhängige, im Uebrigen nicht wesentliche Abweichungen von den normalen Verhältnissen.

Störungen in der Magen- und Darmthätigkeit sind fast regelmässige Begleiter der Initialstadien der Psychosen. Sie zeigen sich in Appetitlosigkeit, belegter Zunge und Stuhlverstopfung. Bei functionellen Psychosen tritt zuweilen erst mit der Reconvalescenz eine Aenderung dieses Zustandes ein.

Die Appetitlosigkeit steigert sich in manchen Fällen zur Nahrungsverweigerung (Sitophobie).

Dieselbe kann eine complete oder partielle sein; bei letzterer werden Wasser oder flüssige Nahrungsmittel noch genommen.

Die Nahrungsverweigerung kann ferner bedingt sein:

1. Durch mangelndes Gefühl für Hunger und Durst in manischen Zuständen, bei der Tobsucht.

2. Durch Hallucinationen und Wahnvorstellungen.

a) Melancholischer Natur. Der Kranke hält sich für unwürdig, zu essen; er kann die Speisen nicht bezahlen. Stimmen drohen ihm Strafen an, wenn er isst.

b) Hypochondrischer Natur. Die Kehle ist zugeschnürt, der Leib ist voll, durch den Mastdarm geht nichts hindurch, der Kranke fürchtet zu platzen, wenn er noch Speisen in den Magen bringt.

Sowohl bei den melancholischen wie bei den hypochondrischen Geisteskranken kann Vergiftungswahn die Ursache der Abstinenz sein, öfter wird diese Ursache bei Nahrung verweigernden Paralytikern beobachtet.

c) Paranoischer Natur. Es ist Gift, Schmutz im Essen, mit dem der Kranke geschädigt werden soll, oder auch er muss sich durch Fasten zu der göttlichen Mission vorbereiten.

d) Im Stupor (cf. diesen).

3. Durch Selbstmordgedanken. Der Kranke will durch die Nahrungsverweigerung sich tödten, da zum Selbstmord auf andere Weise ihm Muth oder Gelegenheit fehlt.

In manchen Fällen nimmt der Kranke zwar die flüssige Nahrung in den Mund, bewegt sie in demselben, spuckt sie dann aber wieder aus; so bei der Manie, dem Delirium acutum. Oefter isst der Kranke heimlich und sich unbeobachtet glaubend, während er dem Drängen, ihn zur Nahrungsaufnahme zu bewegen, Widerstand entgegensetzt (katatonischer Stupor, Melancholie). Andere lassen sich ohne Widerstand die Nahrungsmittel in den Mund stecken und schlucken sie langsam hinunter (hypotonischer Stupor).

Hält die complete Nahrungsverweigerung einige Tage an, so hat die Exspirationsluft einen halb fauligen, halb säuerlich aromatischen Geruch, welcher auf Acetongehalt (Tuczek) beruht, dann wird die Athmung flacher, die Körpertemperatur sinkt, vor dem Tode nur 24—22 ° R. betragend.

Das Körpergewicht nimmt besonders rapid in der ersten Woche, täglich um 1—1,5 kg ab. Koth- und Urinmenge wird verringert. Der Urin zeigt Eiweiss, ist in Folge von Vermehrung der Schwefelphosphorsäure stark sauer und enthält schon nach 36 Stunden erhebliche Acetonmengen (Lähr). Schliesslich kommt es zu fettiger Degeneration von Drüsenepithelien des Darms und Atrophie derselben. Volle Carenz kann ohne dauernden Nachtheil 12—14 Tage ertragen werden, Carenz mit Genuss von Wasser mehrere Wochen.

Oft wird Aufstossen und Austreibung atmosphärischer Luft bei Geisteskranken beobachtet (besonders bei hysterischen Psychosen, in den Anfangsstadien der progressiven Paralyse, bei hypochondrischen Psychosen, bei Paranoikern, um das Gift zu entleeren).

Gesteigerter Appetit, Heisshunger (Bulimie), wird bei Idiotismus, bei den verschiedensten dementen Zuständen mit Mangel des Sättigungsgefühls beobachtet.

Der Urin zeigt bei gesteigerter Erregung, besonders bei der Manie und in den manischen Stadien der Paralyse absolute und relative Verminderung der Phosphorsäure (Mendel).

Eiweiss zeigt sich häufig nach epileptischen wie nach paralytischen Anfällen der progressiven Paralyse, bei Paralytikern findet sich auch öfter Peptonurie.

Zucker wird nur selten gefunden (cf. diabetische Psychosen).

Die Menstruation ist sehr häufig im Verlauf der chronischen Psychosen ungestört.

Dagegen bleibt sie mit dem Eintritt einer Psychose bei jugendlichen Personen öfter fort, kehrt unregelmässig im weiteren Verlauf zurück oder bleibt auch während der ganzen Dauer der Krankheit verschwunden und kommt erst nach beendeter Reconvalescenz wieder. Trifft die acute Psychose ältere Individuen, so ist oft irgend eine Anomalie der Menstruation nicht zu beobachten. Bei periodischen Psychosen ist die Menstruation in der Regel entweder ungestört oder zeigt nur geringe Unregelmässigkeiten.

Die Körpertemperatur ist bei chronischen Psychosen normal oder subnormal. Eine Temperatursteigerung deutet in der Regel auf eine Complication. Sie soll immer für den Arzt eine Aufforderung sein, sämmtliche Organe auf das Genaueste zu untersuchen. Sie ist zuweilen excessiv gesteigert, besonders in den Endstadien der Paralyse.

Eine ebensolche excessive Steigerung zeigt sich, wenn die Psychose unter dem Bilde des Delirium acutum verläuft (cf. dieses). Hochgradiges Sinken der Körpertemperatur wird bei Inanitionszuständen und bei der progressiven Paralyse beobachtet.

Oefter zeigt sich bei acuten Psychosen ein Typus inversus (die Abendtemperatur ist niedriger wie die Morgentemperatur) und ein abnorm kleiner Unterschied zwischen der Temperatur des Rectums und der Temperatur der Achselhöhle oder der im äusseren Gehörgang gemessenen (Mendel). Der Typus inversus wie der schnelle Wechsel der Temperaturen im Rahmen der normalen Temperatur ist besonders häufig bei hysterischen Psychosen.

Das Körpergewicht erfährt fast immer in dem Initialstadium einer acuten Psychose eine sehr erhebliche Abnahme, welche oft so rapid ist, dass sie durch die bestehende Magenstörung und die ungenügende Nahrungsaufnahme nicht allein erklärt werden kann, und demnach als ein trophoneurotisches Symptom zu erachten ist. Meist dauert die Abnahme während des Bestehens der acuten Psychose an, und die Zunahme des Körpergewichts hat, wenn sie mit der Abnahme der krankhaft geistigen Symptome zusammenfällt, eine sehr wesentliche günstige prognostische Bedeutung; fällt jene Zunahme jedoch zusammen mit einer Abschwächung der geistigen Functionen, so deutet sie auf den Eintritt der Demenz hin (cf. auch circuläre Psychose und progressive Paralyse).

A. Die Aetiologie der Geisteskrankheiten.

Bei der Volkszählung in Preussen im Jahre 1895 waren 82850 Geisteskranke (43448 männliche, 39402 weibliche) vorhanden. Es kam ein Geisteskranker auf 384 Einwohner (bei der männlichen Bevölkerung 1:360, bei der weiblichen 1:411).

Die Zählung, welche nicht bloss die in den Irrenanstalten befindlichen Geisteskranken betraf, giebt aus leicht ersichtlichen Gründen kein vollständiges Bild. Man wird nicht fehlgehen, auf 300 Einwohner mindestens einen Geisteskranken zu rechnen.

In England kamen am 1. Januar 1895 auf 10000 Einwohner 38,95 Geisteskranke, also 1 auf 250, im Canton Zürich 1888: 1:103, in Ungarn 1895: 1:640.

Man rechnet, dass in den volksreichen Centren auf 1000 Einwohner etwa 3 Plätze, für die Landbevölkerung 2 Plätze in den Irrenanstalten bereit zu stellen sind.

Am 1. Januar 1897 befanden sich in Preussen 61482 Kranke in Irrenanstalten.

Nach den Zählungen haben die Geisteskrankheiten zugenommen und unzweifelhaft ist diese Zunahme für einzelne Formen, wie bei der progressiven Paralyse. Einen sicheren Beweis aber bieten weder jene Zählungen, noch die stetig und in grösserer Proportion als die Bevölkerung zunehmenden Aufnahmen in die Irrenanstalten, da die ersteren erst allmälig genauer werden, die letzteren aber zum Theil von allgemeinen socialen Verhältnissen, auch von der grösseren oder geringeren Platzbereitschaft und der Erleichterung der Aufnahme in die Irrenanstalt abhängen.

Epidemieen, Zeiten allgemeiner geistiger Erregung haben unzweifelhaft einen Einfluss auf Vermehrung der Zahl der Geisteskranken. Es darf aber nicht vergessen werden, dass unter jenen Verhältnissen öfter solche Individuen, welche schon vorher geisteskrank waren, lauter mit ihren krankhaften Vorstellungen hervortreten und dadurch erst als krank erkannt werden.

Die Zahl der geisteskranken Männer ist, wie die obigen Zahlen aus Preussen zeigen, grösser als die der geisteskranken Frauen. Auch in den Anstalten überwiegen die ersteren (am 1. Januar 1897: auf 100 Geisteskranke in Preussen 54 männliche, 46 weibliche). Es rührt dies wohl zum grössten Theil von dem erheblichen Ueberwiegen und der Häufigkeit der progressiven Paralyse und der alkoholistischen Geisteskrankheiten bei den Männern her.

Die Häufigkeit der Geisteskrankheit nimmt von der Pubertätszeit an stetig zu, ist bei Männern am grössten im Alter von 40 bis 45 Jahren, beträgt hier 4 auf 1000, bei den Frauen gegen das 50. Jahr beinahe 4 auf 1000.

Unverheirathete Männer und ältere Jungfrauen wie Wittwen erkranken relativ häufiger an Geisteskrankheiten. Eine vergleichende Disposition der verschiedenen Berufe lässt sich bei dem Mangel sicherer und ausgedehnter Erhebungen nicht geben.

Unzweifelhaft scheint eine grössere Disposition zu Geisteskrankheiten wie zu Krankheiten des Nervensystems überhaupt bei den Juden vorhanden zu sein.

In der grossen Mehrzahl der Fälle ist die Geisteskrankheit ein Product von einer Reihe von Ursachen und nur bei einem Theil der Intoxications- und durch Traumen hervorgerufenen Psychosen erscheint ein einziges ätiologisches Moment genügend, die Krankheit hervorzurufen.

Wir unterscheiden:

1. prädisponirende Momente;
2. die bei vorhandener Prädisposition den Ausbruch begünstigenden Momente;
3. directe Momente.

I. Prädisponirende Momente.

Unter diesen hat die erbliche Anlage weitaus die grösste Bedeutung.

Die erbliche Anlage zu einer Geisteskrankheit kann gegeben sein im Keime bei Gelegenheit der Conception, sei es, dass der Vater oder die Mutter oder beide geisteskrank sind (conceptionelle directe Heredität).

Es kann auch bei den Eltern die hereditäre Anlage latent geblieben sein und doch mit dem Keime dieselbe von den Grosseltern oder Urgrosseltern, welche geisteskrank waren, auf den Enkel oder Urenkel übertragen werden (atavistische Heredität).

Es kann endlich das Auftreten von Geisteskrankheit in den blutsverwandten Seitenlinien (Onkel, Tante, Cousin, Cousine) auf die in der Familie herrschende Disposition hinweisen (collaterale Heredität).

Führt die hereditäre Prädisposition zur Krankheit, so kann die Form der letzteren gleichartig sein: dieselbe Form der Psychose, welche bei der Ascendenz bestanden hat, kehrt bei der Descendenz wieder, oder die Formen wechseln bei den verschiedenen Gliedern der Familie (ungleichartige, polymorphe Heredität). Zuweilen mischen sich jedoch in die neue, bei der Descendenz auftretende Form gewisse Charaktere der bei der Ascendenz vorhandenen, so dass eigenthümliche klinische Bilder entstehen; z. B.: periodische Geistesstörung bei der Mutter führt zu Imbecillität bei dem Sohne mit eigenthümlichen periodischen Exacerbationen.

Endlich können auch Neurosen, gewisse mit dem Nervensystem in Zusammenhang stehende Allgemeinerkrankungen in die Erscheinungen der hereditären Anlage als Zwischenglieder eintreten: Epilepsie, Hemikranie, Diabetes, Arthritis nodosa (transformirte Heredität).

Der hereditären Anlage durch Geisteskrankheit bei der Ascendenz gleich zu erachten ist die ebenfalls im Keim gegebene Anlage von Eltern, welche Alkoholisten oder Morphinisten sind, oder durch Allgemeinerkrankungen erheblich geschwächt, oder welche blutsverwandt waren, oder wenn die Zeugung im trunkenen Zustande stattfand. Auch eine sehr grosse Verschiedenheit in dem Alter der Eltern wird als begünstigend für die Schaffung einer hereditären Prädisposition betrachtet.

In manchen Fällen wirken eine Reihe der besprochenen Momente zusammen: die Heredität wird eine cumulative, die dadurch für die Descendenz herbeigeführte Belastung wirkt progressiv und es kommt zum Erlöschen der Familie.

Ein 50jähriger Mann, der Alkoholist ist, heirathet seine 20jährige Nichte. Bei der Ascendenz ist wiederholt Epilepsie vorgekommen. Aus der

Ehe stammen allein drei Töchter, welche zu der Zeit, als ich sie sah, 11, 9 und 7 Jahre alt waren, und welche alle drei epileptisch-idiotisch waren.

Ob der Vater oder die Mutter wichtiger für die Erzeugung der Prädisposition bei der Descendenz ist, ist mit Sicherheit bisher nicht entschieden; im Allgemeinen lässt sich wohl sagen, dass besonders häufig die Mutter schwere Formen geistiger Störung auf Söhne sowohl wie auf Töchter zu übertragen im Stande ist.

Zuweilen schafft die hereditäre Anlage bereits im Fötus derartige Veränderungen, dass das Kind als geistig gar nicht oder in beschränktem Grade entwicklungsfähig zur Welt kommt (angeborener Idiotismus); in der grossen Mehrzahl der Fälle bildet die hereditäre Anlage nur eine Prädisposition für die später entstehende Geisteskrankheit, welche zu ihrem Ausbruch noch besonderer begünstigender Momente und directer Ursachen bedarf. In manchen Familien kommt es zu dem Ausbruch bei den verschiedenen Gliedern derselben immer in einem bestimmten Alter.

Unter den verschiedenen Formen, deren Ausbruch die hereditäre Anlage begünstigt, nehmen die periodischen und circulären Psychosen die erste Stelle ein; in der grossen Mehrzahl der Fälle zeigt die Ascendenz dieser Kranken eine grosse Reihe von Geisteskrankheiten und schweren centralen Neurosen.

Die erbliche Anlage erzeugt neben der Prädisposition zur Geisteskrankheit mit besonderer Häufigkeit gewisse eigenthümliche Naturen, welche, ohne dass man sie als geisteskrank bezeichnen könnte, doch von Jugend auf in ihrem Denken und Handeln von dem Mittel der anderen Menschen abweichen, und welche man Hereditarier, in neuerer Zeit auch Degenerirte nennt, und welche nicht selten gewisse körperliche Abnormitäten zeigen (cf. Degenerationszeichen S. 70 u. f.).

Diese Menschen können ein hohes Alter erreichen, ohne geisteskrank zu werden, aber sie befinden sich während ihres Lebens fortwährend wie auf einer Balancirstange, auf der sie nicht ohne Mühe das geistige Gleichgewicht zu erhalten trachten. Oft genug bringen sie besondere Ereignisse, Missgeschicke aller Art, Noth und Sorge, unglückliche Liebe u. s. w. aus jenem Gleichgewicht heraus und erzeugen vorübergehende, recidivirende oder auch andauernde Geisteskrankheit.

So verschieden auch die klinischen Bilder sind und so gross die Zahl der Varietäten ist, so lassen sich doch von dieser Art von Hereditariern, welche nicht als geisteskrank betrachtet werden, als besonders häufig und praktisch wichtig drei Gruppen herausheben:

1. Hereditarier, welche von Jugend auf erst mit Allen in der Familie, dann mit der ganzen Welt unzufrieden sind, Alles für Tand, das Leben für zwecklos erklären, den Selbstmord als das einzig Richtige hinstellen. Während sie sich im Leben in der Familie als Märtyrer dieses Lebens betrachtet wissen wollen, erscheinen sie in angeregter Gesellschaft als lustige Genossen, welche sich „einige Stunden über die Schrecknisse der Existenz hinwegtäuschen".

Sie erfüllen die ihnen gestellten Aufgaben prompt, zwischendurch aber, besonders wenn sie nicht in fester Hand sind, kommt ihnen jede Energie abhanden, und es treten längere Pausen in ihrer Thätigkeit auf.

Fast immer sind dabei hypochondrische Klagen, zeitweise exacerbirend. vorhanden, und unter diesen spielt das drohende Gespenst der Geisteskrankheit meist die Hauptrolle, welches oft genug ihnen thatsächlich den Revolver in die Hand drückt.

2. Hereditarier, welche mit besonderer, öfter einseitiger Begabung sehr früh zu einer geistigen Reife kommen, sowohl aber in Bezug auf ihr Fühlen wie ihr Streben eine grosse Reizbarkeit erkennen lassen. Dieselbe drückt sich in Bezug auf das erstere durch das Impulsive ihres Handelns aus, in Bezug auf das zweite durch rasches Ergreifen gewisser Ideen, ungestümes Drängen nach Ausführung derselben, und ebenso wieder schnelles Erlahmen und Beiseitelegung des soeben Erstrebten. Vieles wird begonnen und wenig zu Ende geführt. Dabei ist nicht selten übermässige Launenhaftigkeit, Unberechenbarkeit der Stimmung, zuweilen auch extreme Sentimentalität vorhanden.

In diese Klasse gehören auch jene Hereditarier, bei welchen das Motiv für irgend eine Handlung, auch für ein Verbrechen in gar keinem Verhältniss steht zu der Bedeutsamkeit und Schwere der Handlung. Die Stärke der Impulsivität ersetzt die Schwäche des Motivs.

3. Hereditarier, welche durch ihr Auftreten in der Gesellschaft, ihre absonderlichen Gewohnheiten, ihre Bizarrerieen, ihre eigenthümlichen Auffassungen und Ansichten, welche nicht selten mit Geschick vorgetragen und vertheidigt werden, während sie den allgemein acceptirten diametral entgegenstehen, im Volksmunde als „Originale" oder als „verrückte Genies" bezeichnet werden.

Die verschiedenen Arten dieser Hereditarier zeigen neben den früher erwähnten körperlichen Degenerationszeichen, welche in grösserer oder geringerer Zahl vorhanden sind, häufig genug Symptome von Phobieen und Zwangsvorstellungen.

Die uterine Heredität. Schädlichkeiten, welche die Mutter während der Schwangerschaft treffen, sowohl solche psychischer Natur (Schreck, Kummer), wie Krankheiten verschiedenster Art, seien sie acut oder andauernd (Intoxicationen: Alkohol, Syphilis), können dem Kinde eine hereditäre Prädisposition zu Geisteskrankheiten schaffen.

Die Häufigkeit, mit welcher hereditäre Anlage bei Geisteskrankheit gefunden wird, wird sehr verschieden angegeben: 30—90%. Für die functionellen Psychosen dürfte dieselbe 70% betragen (cf. die einzelnen Psychosen, speciell auch die progressive Paralyse).

Neben der hereditären Anlage spielt unzweifelhaft das Milieu, in welchem das Kind aufwächst, und die Erziehung, welche dasselbe bekommt, eine wichtige Rolle in Bezug auf die Prädisposition zu Geisteskrankheiten.

Gar manche psychische Eigenthümlichkeit, manches sogenannte „Stigma hereditatis“ ist nicht durch erbliche Uebertragung, sondern im Kindesalter durch Nachahmung der abnormen Umgebung oder durch fehlerhafte Erziehung entstanden. Dass die sogenannte Ueberbürdung in den Schulen eine wesentliche Rolle bei Erzeugung von Geisteskrankheiten spielt, ist nicht anzunehmen, viel eher kommt dabei die Thatsache in Betracht, dass manche Eltern ihre wenig befähigten Kinder in die höheren Schulen, welche für den gelehrten Beruf vorbereiten, hineinzwängen und durch Privatstunden u. s. w. in ihnen zu erhalten suchen, d. h. ein schwaches Organ überanstrengen und von demselben Leistungen fordern, welche der Entwicklung desselben nicht adäquat sind.

Morel[1]) hat als Degenerescenz eine besondere Form hereditärer Uebertragung unterschieden, bei welcher die Nachkommenschaft den Typus fortschreitender Degradation zeigt, und die oft zum Aussterben der Familie führt (cf. oben einen solchen Fall). Seitdem hat das Wort Degeneration und Degenerescenz eine grosse Ausdehnung in der Psychiatrie gefunden, man hat aus bestimmten körperlichen Zeichen oder gewissen krankhaften psychischen Vorgängen die „Degenerescenz“ diagnosticirt. Sommer hat völlig Recht, wenn er meint, dass der Begriff des Degenerationszeichens so erweitert worden ist, dass es zur Zeit wohl keinen lebenden Menschen giebt, der nicht auf Grund dieser Begriffserweiterung für degenerirt erklärt werden könnte.

Fasst man den Begriff der hereditären Anlage in dem weiten Sinne auf, wie er oben dargestellt worden ist, so scheint mir weitaus der grösste Theil der „Degenerirten“ nichts Anderes zu sein, als solche Personen, welche gewisse körperliche oder gewisse geistige Abnormitäten oder Abnormitäten nach beiden Richtungen hin in Folge von hereditärer Belastung zeigen.

Wenn man aber sodann von einer „erworbenen Degeneration“ gesprochen hat, und dabei nicht etwa die pathologisch-anatomisch nachweisbare Degeneration des Nervensystems gemeint hat, so ist jede unheilbare Geisteskrankheit „eine erhebliche Abweichung vom Typus, welche vererbt werden kann“ [2]). Es würden demnach alle unheilbaren Geisteskrankheiten Degenerationspsychosen genannt werden können.

Alles, was den Organismus und damit auch das Nervensystem schwächt, die verschiedensten somatischen Erkrankungen, ein ausschweifender Lebenswandel, Onanie, Excesse in Baccho et Venere, Missbrauch des Tabaks, ferner Traumen des Schädels, kann prädisponirend für die spätere Entstehung von Geisteskrankheit wirken.

II. Die bei vorhandener Prädisposition den Ausbruch der Krankheit begünstigenden Momente

liegen vor Allem in gewissen Lebensaltern und Zuständen des Organismus, welche erfahrungsgemäss einen günstigen Boden für die Entwicklung von Krankheiten des Nervensystems bieten.

---

[1]) Traité des dégénérescences. Paris 1857, p. 4.
[2]) Möbius, Ueber Entartung. Bergmann, 1900.

1. Pubertät[1]).

Hereditäre Belastung, nicht selten verbunden mit Anämie und Onanie, ferner Infectionskrankheiten, vorangegangene Traumen des Kopfes bilden in der Regel den Boden, auf welchem im Alter zwischen 12 und 20 Jahren, welches man als Pubertätszeit bezeichnet, Psychosen entstehen können. Dieselben bieten die allerverschiedensten Formen, am häufigsten sind dieselben hysterischer Natur, sodann entwickelt sich nicht selten bei vorhanden gewesenen oder zum Ausbruch kommenden epileptischen Anfällen zur Zeit der Pubertät eine epileptische Psychose.

Sodann kommt vor die Manie, Melancholie, besonders auch die hypochondrische Form derselben, das Delirium hallucinatorium, selten entwickelt sich schon in dieser frühen Zeit die typische Paranoia, doch tritt die originäre Form derselben, deren Beginn schon in das Kindesalter reicht, meist mit ihren Symptomen in der Pubertät deutlicher hervor.

Während die functionellen Psychosen im Kindesalter[2]) sich dadurch auszeichnen, dass entsprechend dem beschränkten Vorstellungsschatz, welcher in dem unfertigen Gehirn niedergelegt ist, Hallucinationen und Wahnvorstellungen nicht das vielgestaltige Bild, wie bei Erwachsenen zeigen, drückt die Pubertätszeit ebenfalls den Psychosen einzelne bestimmte Merkmale auf, welche im Wesentlichen dem unfertigen geistigen Aufbau und dem auch physiologisch in Bezug auf die geistige Sphäre eintretenden Wechsel ihren Ursprung verdanken. Hiermit hängt der alberne Inhalt der Wahnvorstellungen zusammen, die Verarbeitung der gelesenen Märchengeschichten in denselben, die sehr labilen, oft wechselnden Affecte mit dem kindisch-läppischen Wesen.

Einen besonderen Verlauf solcher in der Pubertätszeit auftretenden Psychosen hat man mit dem Namen der Hebephrenie (Kahlbaum, Hecker) und Katatonie (Kahlbaum) bezeichnet. In neuerer Zeit ist Aschaffenburg[3]) für die Identität beider

---

[1]) Wille, Psychosen des Pubertätsalters. Leipzig-Wien 1897.

[2]) Im Kindesalter (Emminghaus, Die psychischen Störungen des Kindesalters, 1887) kommen fast alle Formen psychischer Erkrankung vor, am häufigsten ist der Idiotismus (cf. diesen), danach hysterische und epileptische, hereditärsyphilitische Psychosen, Delirium hallucinat., Melancholie, Manie, Paranoia, progressive Paralyse, auch Alkoholismus (Delirium tremens sah ich bei dem 6jährigen Sohne eines Restaurateurs).

[3]) Aschaffenburg, Zeitschr. f. Psych. 1898 Bd. 54. Schüle, ibidem 1901 Bd. 58. Kraepelin, Neurol. Centralbl. 1899. Neisser, Katatonie 1887. Ilberg, Zeitschr. f. Psych. Bd. 54.

Formen eingetreten und hat sie unter dem Namen der Dementia praecox (Kräpelin) zusammengefasst.

In den hierher zu rechnenden Fällen handelt es sich in der Regel um hereditär schwer belastete Individuen, welche schon in der Jugend schwächenden Einflüssen, besonders eine den individuellen Verhältnissen nicht entsprechende geistige Ueberanstrengung, schlechter Erziehung, ausgesetzt waren. Dabei sind Onanie, starke Blutverluste bei der beginnenden Menstruation meist vorhanden. Die Krankheit beginnt fast regelmässig mit einer hypochondrischen Verstimmung, die Kranken fühlen sich unfähig zur Arbeit, bleiben in der Schule zurück, klagen über Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, zuweilen über Herzklopfen, zeigen mangelnden Appetit, während die körperliche Untersuchung keinerlei Krankheit nachweist. Sie zeichnen sich gegen frühere Gewohnheit bald durch Ungeberdigkeit, Ungehorsam, auffahrendes Wesen gegen Eltern, in der Schule u. s. w. aus. Oft wird dieses Stadium nicht als krankhaft anerkannt, die Kinder werden als faul und ungezogen erachtet, vielfach bestraft oder es wird von schwachen Eltern ihnen Alles nachgegeben. So geht es nicht selten Jahr und Tag.

In anderen Fällen, welche vorzugsweise der Katatonie zugerechnet werden, tritt acut oder subacut ein deutlich krankhafter geistiger Zustand auf, in der Mehrzahl der Fälle hypochondrischer oder melancholisch-hypochondrischer Natur, mit Selbstanklagen, Versündigungswahn u. s. w. Zuweilen gehören die initialen Wahnvorstellungen dem Verfolgungs- und Beeinträchtigungswahn an.

Im weiteren Verlauf folgt sowohl bei der Hebephrenie wie bei der Katatonie dem melancholischen Stadium ein manisches oder ein stuporöses; es können auch die verschiedenen Zustände ohne Regelmässigkeit mit einander abwechseln. Hallucinationen sind vorhanden. Der katatonische Stupor, in welchem bei scheinbarer Unbesinnlichkeit sich plötzlich eine übermüthige Stimmung in allen möglichen Streichen, Scherzen u. s. w. äussert, wurde S. 54 beschrieben. Mit den geschilderten krankhaften psychischen Erscheinungen verbindet sich eine Reihe von Symptomen, welche man speciell als katatonische bezeichnet hat. Dieselben bestehen in Muskelspannungen, in Haltungs- und Bewegungsstereotypieen, in pathetischen Reden mit Verbigeration und Perseveration, in einem passiven Widerstand gegen Alles, was von den Kranken verlangt wird, gegen jede Bewegung, welche mit ihnen gemacht werden soll (Negativismus), in Mutacismus, in einzelnen grotesken und bizarren Bewegungen, wie in die Hände klatschen, Wiegen des Kopfes u. s. w., ferner in plötzlichen triebartigen Handlungen, Ausstossen maassloser Schimpfworte, plötzlichem Schlagen der Umgebung, Herunterwerfen von Gegenständen, welche in ihrer Nähe sich befinden, auch Selbstmordversuchen.

Späterhin geht dieser Zustand in einer grossen Reihe von Fällen und zwar meist ziemlich rasch in einen Zustand von Blödsinn über, und man kann wegen dieses Verlaufs diese Demenz als Dementia praecox bezeichnen.

Mit der Herübernahme der oben erwähnten Erscheinungen in diese Demenz bildet öfter ein auffallend läppisches Wesen mit Gesichterschneiden, Grimassiren, sinnlosem Spielen mit Silben und Worten ein charakteristisches Bild. Dabei zeigt der Kranke ein ausdrucksloses, kindisches Lächeln, spricht oft gar nicht, kümmert sich um nichts, lässt Urin und Stuhlgang unter sich, und sitzt oder liegt zuweilen wochenlang regungslos da.

In einer Reihe von Fällen jedoch tritt die Demenz nicht ein, sondern es bildet sich nur eine gewisse geistige Schwäche aus, welche den Kranken aber nicht hindert, einen Beruf zu ergreifen oder in seinem früheren Berufe wieder thätig zu sein. Immer aber besteht auch bei diesem Ausgang eine gewisse Interesselosigkeit für die Umgebung, eine Hervorkehrung

egoistischer Gefühle, eine gewisse Beschränktheit in Bezug auf die zu erstrebenden Ziele u. s. w. Das Gedächtniss kann dabei gut erhalten bleiben.

In anderen Fällen endlich kommt es zur Heilung jener hebephrenischen oder katatonischen Zustände, und der Kranke kann dann auch für sein ganzes weiteres Leben von jedem weiteren Rückfall verschont bleiben.

Ausnahmsweise tritt jener Symptomencomplex auch vor der Pubertät im Alter von 10 oder 11 Jahren, zuweilen auch jenseits der Pubertätsjahre im Alter von 25 Jahren und später auf[1]).

Die geschilderten katatonischen Symptome kommen im Uebrigen nicht bloss bei katatonischen Pubertätspsychosen vor, sondern sie treten auch als vorübergehende Symptome bei älteren Personen im Verlaufe des Delirium hallucinatorium, im Verlauf der hysterischen und epileptischen Psychosen, bei der chronischen Paranoia, bei der progressiven Paralyse auf. Zuweilen zeigen sie sich auch in dem depressiven Stadium der cyklischen Psychosen.

In der Pubertätszeit kommt es auch vor, dass ohne die Entwicklung hervorstechender krankhafter psychischer Erscheinungen die geistige Entwicklung lediglich Halt macht. Es wird nichts Neues hinzu erworben, und so entsteht eine Imbecillität.

Im Uebrigen bieten auch die Fälle von Melancholie, Manie, Delirium hallucinatorium in der Pubertätszeit, welche keinerlei katatonische Symptome zeigen, eine ernstere Prognose als sie diese Krankheiten in anderen Lebensaltern haben. Sie neigen häufig dazu, periodisch zu werden oder, wenn dies nicht der Fall ist, doch im späteren Alter zu recidiviren und, wenn nicht nach dem ersten, doch nach dem zweiten oder dritten Recidiv in unheilbare Demenz überzugehen.

2. Das Klimakterium[2]),

welches zwischen dem 45. und 50. Lebensjahr in der grossen Mehrzahl der Fälle eintritt, begünstigt mit seinen zahllosen nervösen Störungen auch das Auftreten von Melancholieen, hysterischen Psychosen mit manischer Erregung, besonders häufig auch die verschiedensten Formen von Paranoia, öfter mit sexuellen Wahnvorstellungen, selten von Manie oder circulären Psychosen.

Die Psychosen beginnen meist vor Beendigung der Menstruation, sie zeigen im Anfang häufig die oft gehörte Befürchtung, dass mit dem Aufhören der Menstruation schwere Krankheit auftreten wird, und bieten damit

---

[1]) Was die Häufigkeit dieser Dementia praecox betrifft, so dürfte sie nach meinen Erfahrungen in Berlin etwa 2—3 % der zur Beobachtung kommenden Geisteskranken betragen.

[2]) Matusch, Zeitschr. f. Psych. Bd. 46, 1890.

einen hypochondrischen Charakter. Recht häufig findet sich dabei die Neigung zum Suicidium. Die sexuelle Libido pflegt bei den Frauen vor dem Aufhören der Menstruation gesteigert zu sein, während sie nachher herabgesetzt ist.

Auch bei Männern kann man von klimakterischen Psychosen sprechen, welche allerdings in einem etwas späteren Alter wie bei den Frauen, zwischen dem 55. und 60. Lebensjahr, auftreten (cf. arteriosklerotische Psychose).

3. Das Greisenalter[1]),

welches infolge der physiologischen Involution des Gehirns manche Zeichen geistiger Veränderung hervorruft, begünstigt das Auftreten functioneller Geisteskrankheit, welche in der grossen Mehrzahl der Fälle in Form der Melancholie mit hypochondrischen oder melancholischen Selbstanklagen, Verarmungswahn, grosser Energielosigkeit und zwischendurch lebhafter Impulsivität auftritt, nachdem als Prodrome sich in der Regel Schlaflosigkeit, Schwindel, auch wohl Kopfschmerz gezeigt haben. Die Melancholieen sind häufig sehr hartnäckiger Natur, können 1½ und 2 Jahre dauern und auch dann noch in Heilung übergehen. Suicidialversuche und Suicidia sind dabei nicht selten. Auch das Delirium hallucinatorium und die Manie kommt im Greisenalter (ich sah eine Manie, welche heilte, noch im 80. Lebensjahr auftreten) vor. Selten sind functionelle paranoische Zustände mit Verfolgungswahn, Eifersuchtswahn u. s. w., zuweilen kommen auch circuläre Psychosen im Greisenalter noch zur Entwicklung.

Viel häufiger als functionelle psychische Störungen tritt im Greisenalter die organisch bedingte Dementia senilis auf (cf. diese).

Wenn man das Greisenalter im Allgemeinen als mit dem 8. Lebensdecennium beginnend annimmt, so giebt es doch Fälle prämaturer Senescenz mit den entsprechenden geistigen Veränderungen, welche bereits in den ersten Jahren des siebenten Decenniums auftreten. In manchen Familien sieht man regelmässig gegen das 65. Lebensjahr den geistigen Verfall sich zeigen.

4. Die Gravidität[2]).

Die Psychose setzt zuweilen mit dem Beginn der Schwangerschaft ein und hört mit dem Ende derselben auf, meist tritt sie erst in der mittleren Hälfte der Schwangerschaft auf und endet nicht mit der Entbindung, sondern setzt sich in das Puerperium fort. In

---

[1]) Fürstner, Arch. f. Psych. Bd. 20. Zingerle, Jahrb. f. Psych. 1899 S. 256.

[2]) Fürstner, Arch. f. Psych. Bd. 5. Mongeri, Zeitschrift f. Psych. Bd. 58, 1901.

Betracht kommen besonders choreatische, urämische Psychosen, Melancholie, vorzugsweise in hypochondrischer Form, selten Manie und Paranoia.

5. Die Geburt

ruft zuweilen eine transitorische Geistesstörung mit Bewusstlosigkeit hervor, welche meist auf hysterisch-epileptischem oder urämischem Boden entsteht, aber auch ohne diesen durch den heftigen Schmerz, psychische Einflüsse (uneheliche Geburten) ausgelöst werden kann.

6. Das Puerperium[1]).

Die im Puerperium auftretenden Psychosen können hervorgerufen werden:

1. Durch eine fieberhafte puerperale Infection: Metritis, Endometritis, Endocarditis ulcerosa, Pyämie, sehr selten Osteomalacie (infectiöse puerperale Psychosen). Diese Psychosen beginnen in der Regel am 2.—4. Tage nach der Geburt. Der Natur des zu Grunde liegenden Processes nach können sie schnell, auch unter den Erscheinungen des Delirium acutum zum Tode führen.

2. Durch Urämie mit Eklampsie oder Alkoholismus, Morphinismus u. s. w.

3. Durch eine organische Hirnkrankheit, Meningitis, Encephalitis, capillare Embolieen.

4. Bei vorhanden gewesener Hysterie oder Epilepsie können hysterische oder epileptische Psychosen im Puerperium sich zeigen.

5. Bei bestehender Prädisposition, besonders bei hereditärer Belastung kann das Puerperium die Entstehung einer functionellen Psychose begünstigen, welche weitaus am häufigsten unter dem Bilde des Delirium hallucinatorium verläuft, aber auch als Melancholie, als Manie, als Paranoia hallucinatoria acuta mit Uebergang in chronische Paranoia sich zeigen kann. Bei jugendlichen Erstgebärenden entwickelt sich zuweilen ein katatonischer Symptomencomplex. In all diesen Fällen fehlen irgend welche fieberhaften Processe im Puerperium vollständig. Vorzugsweise tritt eine solche Psychose bei Erstgebärenden und besonders dann, wenn diese Geburt im höheren Alter stattfindet, auf. Der Beginn der Psychose fällt meist in die ersten Tage oder wenigstens in die erste Woche des Puerperium.

Oefter bleibt eine solche Psychose vereinzelt im Leben, nachdem sie geheilt ist, zuweilen wiederholt sich die Krankheit in derselben oder einer anderen Form bei der nächsten Entbindung, in anderen Fällen endlich bildet sie den Ausgangspunkt für recidivirende oder periodische und circuläre Psychosen, endlich geht ein gewisser Procentsatz, zumal nach einem Recidiv der Psychose, in Demenz über (etwa 20 %). Die mittlere Dauer der functionellen puerperalen Psychosen, welche geheilt werden, beträgt zwischen 5 und 6 Monaten.

7. Die Lactationsperiode

kann durch Vermittlung von Erschöpfung oder psychischen Einflüssen bei Prädisponirten eine Psychose (Delirium hallucinatorium,

[1]) Siegenthaler, Jahrb. f. Psych. 1898. Aschaffenburg, Zeitschrift f. Psych. Bd. 58. Meyer, Klin. Wochenschr. 31, 1901.

Melancholie, Paranoia) hervorrufen; in der Mehrzahl der Fälle tritt dieselbe im 6.—8. Monate nach der Entbindung ein.

III. Directe Ursachen.

Unter den directen Ursachen der Psychosen stehen in Bezug auf ihre Wichtigkeit und Häufigkeit 1. die psychischen obenan.

Sie sind entweder von plötzlicher oder von allmäliger Wirkung. Unter den ersteren ist der psychische Shock, Schreck, das psychische Trauma zuweilen von unmittelbarer Wirkung. Die Psychose beginnt mit der Ursache derselben.

Allmälig untergraben die geistige Gesundheit Kummer, Sorge, gekränkter Ehrgeiz, getäuschte oder hoffnungslose Liebe.

Zu den psychischen Ursachen gehört ferner auch die psychische Infection.

Ein Geisteskranker pflanzt seine Angst, seinen Wahn, auch seine Hallucinationen auf ein anderes prädisponirtes Individuum über, welches andauernd mit ihm zusammen war, ihn gepflegt, ihm grosse Theilnahme gewidmet hat.

Die Geisteskrankheit, welche bei dem Zweiten entsteht, heisst inducirtes Irresein[1]) (folie à deux, folie communiquée). In der Regel handelt es sich hierbei um eine bei beiden Personen gleichmässige und gleichartige Entwicklung von paranoischen Zuständen mit religiöser oder erotischer Färbung der Wahnvorstellungen, zuweilen auch um die Form des Quärulantenwahns. Es kommen ferner auch melancholische Formen vor, besonders mit religiösen Wahnvorstellungen, wobei nicht selten weitere Glieder der Familie angesteckt werden, so dass auch folie à cinq, folie à sept u. s. w. beobachtet wurde.

Als inducirte Psychosen, besonders hysterischer Natur, sind manche Epidemieen geistiger Erkrankung, bei welchen das religiöse Moment eine hervorragende Rolle spielte, zu betrachten (Hexenwahn, Wiedererweckungen u. s. w.).

Das inducirte Irresein ist bei Zwillingen[2]) (Folie gemellaire) beobachtet worden. Von dem inducirten Irresein bei Zwillingen hat man jene Fälle zu unterscheiden, in welchen Zwillinge gleichzeitig, ohne aber in directe Berührung mit einander zu kommen, unabhängig von einander, vielleicht an verschiedenen Orten psychisch erkranken und nicht selten an derselben Form der Psychose.

Das inducirte Irresein trifft besonders das weibliche Geschlecht. Die Geisteskrankheit überträgt sich von der Mutter auf die Tochter oder von der Tochter auf die Mutter oder besonders häufig von der Schwester auf die Schwester. Zuweilen sieht man die Geisteskrankheit des Ehemanns auf die Ehefrau und umgekehrt sich überpflanzen.

Nicht selten ist das inducirte Individuum nicht bloss prädisponirt, sondern in höherem oder geringerem Grade imbecill.

---

[1]) Schönfeldt, Arch. f. Psych. Bd. 26, 1894. Riedel, Eulenburg's Vierteljahrsschrift 1897. Meyer, Arch. f. Psych. Bd. 34, 1901.

[2]) Herfeldt, Zeitschrift f. Psych. Bd. 57. Soukhanoff, Annal. méd. psych. 1900, Sept./Oct.

Von dem inducirten Irresein ist das transformirte[1]) zu trennen. Hier überträgt ein Geisteskranker seine Wahnvorstellungen auf einen anderen Geisteskranken und modificirt damit das typische Bild des letzteren, ohne eine erhebliche Veränderung im Wesen desselben hervorzubringen.

2. Die somatischen Ursachen.

a) Das Trauma (cf. Psychosen durch Trauma).

b) Erkrankungen des Nervensystems. Soweit Hysterie, Epilepsie und Chorea als Ursachen von Psychosen in Betracht kommen, werden dieselben in der speciellen Psychiatrie besprochen werden.

An dieser Stelle sei nur hervorgehoben, dass Neuralgieen der verschiedensten Art durch den heftigen Schmerz, den Mangel der Nachtruhe, indirect durch die Betäubungs- und Schlafmittel, welche dagegen angewendet werden, bei Prädisponirten Psychosen hervorrufen können.

In ähnlicher Weise kann auch in verhältnissmässig sehr seltenen Fällen heftige Migräne zur Geistesstörung führen, zuweilen tritt hier ein Zustand geistiger Störung (Trübung des Bewusstseins, Delirien, Hallucinationen) als Aequivalent oder auch als posthemikranischer Anfall entsprechend den Beobachtungen bei der Epilepsie ein.

Die im Gefolge von organischen Krankheiten des Gehirns entstehenden Psychosen cf. in der speciellen Psychiatrie.

c) Erkrankungen der übrigen inneren Organe. Tuberculose, speciell Tuberculose der Lungen erzeugt zuweilen Geistesstörung, in der Regel in der Form der Melancholie, besonders in den Pubertätsjahren.

Oft macht während der Dauer der Psychose das Fortschreiten der Lungenerkrankung einen Stillstand, welcher nach Beseitigung der Psychose wieder rascheren Fortschritten Platz macht.

Organische Psychose kann Tuberculose durch Meningitis chronica, Solitärtuberkel, tuberculösen Hirnabscess bedingen.

Herzkrankheiten[2]) haben bei Prädisponirten zuweilen Psychosen im Gefolge.

Die durch dieselben gesetzten körperlichen Beschwerden, Beklemmung, Angst können begünstigend auf die Entstehung wirken; die Störungen in der Circulation des Harns kann directe Ursache bilden.

Die Psychosen verlaufen meist unter dem Bilde der Manie oder des Delirium hallucinatorium, selten als Melancholieen.

---

[1]) Finkelstein, Jahrb. f. Psych. Bd. 16.
[2]) Fischer, Zeitschr. f. Psych. 54 S. 1048. 1898.

Krankheiten des Magendarmtractus[1]). Die Anamnese lässt bei einer grossen Zahl von Geisteskrankheiten Störungen in der Verdauung, in der Regel mit Stuhlverstopfung verbunden, erkennen.

In einer nicht kleinen Zahl von Fällen ist die Störung durch eine Affection des Nervensystems bedingt. Dieselbe ist wie die Geisteskrankheit ein Symptom der bestehenden Affection des Centralnervensystems.

In anderen Fällen wirken die durch die Verdauungsstörungen bedingten Erscheinungen beschleunigend auf den Ausbruch der Geisteskrankheit oder verschlimmern den Verlauf derselben.

In einer dritten Reihe von Fällen endlich wirken intestinale Störungen, welche vom Nervensystem unabhängig entstanden sind, physikalisch oder chemisch auf die Erzeugung von Psychosen.

Der angefüllte Magen, die Ausdehnung des Colon transversum treibt das Zwerchfell in die Höhe, behindert die Thätigkeit des Herzens, ruft Angst, Furcht vor Herzkrankheit, Schlaganfall, Schlaflosigkeit hervor und wird damit Veranlassung zu hypochondrischer Geisteskrankheit. Dabei kann eine Hyperacidität oder auch eine Hypacidität des Magensaftes vorhanden sein; in der Regel fehlen Aufstossen, Blähungen, hartnäckige Stuhlverstopfung nicht. Auf chemischem Wege sind es die in dem Darm erzeugten und resorbirten Gifte, welche zur Autointoxicationspsychose (cf. diese) führen.

Die Autointoxication spielt auch unzweifelhaft bei der Entstehung von Geisteskrankheiten durch Affectionen der Leber und der Nieren eine erhebliche Rolle.

Wie weit dasselbe bei Erkrankung der weiblichen Geschlechtsorgane, speciell der Ovarien, der Fall ist, muss vorerst dahingestellt bleiben; im Uebrigen haben diese Organe ebenso wie für die Hysterie so auch für die Psychosen ihre ätiologische Bedeutung zu einem sehr erheblichen Theil verloren[2]). Verkümmerung dieser Organe kann dagegen ebenso wie beim Mann die der Hoden, des Penis, Hermaphroditismus, und dadurch veranlasste Impotenz auf psychischem Wege zur Psychose (in der Regel in Gestalt der hypochondrischen Melancholie oder Paranoia) führen. Die durch Erkrankung der Schilddrüse hervorgebrachten Psychosen werden besonders besprochen werden. Dasselbe gilt von den

---

[1]) Herzog, Arch. f. Psych. Bd. 31 S. 170, 1899.

[2]) Hegar, Zur Frage der sogenannten Menstrualpsychosen. Zeitschr. f. Psych. 58 S. 357, 1901.

d) durch Infectionskrankheiten und den
e) durch Gifte (Alkohol u. s. w.) erzeugten Geisteskrankheiten.
Hier sei nur von der Syphilis noch die Rede.

Die Syphilis kann Geisteskrankheit hervorrufen [1]), indem

1. der prädisponirte Inficirte sich wegen seiner Ansteckung Vorwürfe über seinen Lebenswandel macht und melancholisch wird oder in ängstlicher Erregung alle Schrecken der secundären und tertiären Syphilis für sich fürchtet (hypochondrische Melancholie mit Syphilidophobie);
2. eine acute Infectionspsychose durch das syphilitische Gift erzeugt wird, in der Regel mit starkem Kopfschmerz und Bewusstseinstrübung, nicht selten mit gleichzeitiger Temperatursteigerung;
3. eine organisch-syphilitische Psychose entsteht (cf. diese).

Oefters wird auch ohne vorausgegangene Syphilis bei hypochondrischen Zuständen, bei der Berührungsfurcht Syphilidophobie beobachtet.

Endlich entstehen Psychosen zuweilen durch lange fortgesetzte resp. häufig wiederholte angreifende antiluetische Kuren.

3. Die gemischten Ursachen, d. h. die psychisch und somatisch wirkenden.

Unter diesen sind hervorzuheben die Onanie wie die Excesse in Venere, überhaupt ein ausschweifender Lebenswandel.

Der Krieg mit seinen geistig aufregenden und körperlich abspannenden Einflüssen, wobei es auch häufig an genügender Nahrung fehlt, gehört ebenfalls hierher.

Dasselbe gilt für die Schiffbrüchigen.

In der Gefangenschaft [2]) entstehen in grösserem Procentsatz Geisteskrankheiten, besonders in der Isolirhaft mit dem Schweigsystem.

In einem nicht kleinen Theil dieser Fälle handelt es sich um Menschen, welche schon bei ihrer Verurtheilung geisteskrank waren, und deren Geisteskrankheit, unter den schädigenden Einflüssen des Gefängnisses sich verschlimmernd, mit auch für den Laien deutlichen Symptomen zum Ausbruch kommt.

---

[1]) Jolly, Klin. Wochenschrift 1901.
[2]) Rüdin, Zeitschr. f. Psych. 58 S. 447, 1901. Näcke, Unterbringung geisteskranker Verbrecher. Halle 1902.

Die Gefangenschaftspsychosen sind zum Theil acuten Verlaufs, verlaufen mit massenhaften Hallucinationen des Gehörs und des Gefühls als Delirium tremens oder Delirium hallucinatorium oder auch unter dem Bilde der acuten hallucinatorischen Paranoia (in diesen Fällen in der Regel mit Wahnvorstellungen der Verfolgung, ängstlicher Erregung, selten als Melancholieen oder hypochondrische Melancholieen), zum Theil chronischen Verlaufs als Paranoia chronica simplex oder hallucinatoria, als chronischer Alkoholismus, als epileptische Geistesstörung, als progressive Paralyse.

Sofern die Gefangenschaft oder die Isolirhaft die Ursache der Psychose ist, wird dieselbe durch Aufhebung der letzteren oder durch Unterbringung in eine Irrenanstalt meist bald geheilt.

In neuerer Zeit haben wir auch in Deutschland die Psychosen, welche durch den Aufenthalt in den Tropen (Tropenkoller) hervorgerufen werden, öfter zu beobachten Gelegenheit gehabt.

Es handelt sich hier um die Producte von körperlicher Ueberanstrengung, geistiger Aufregung, hervorgebracht durch die stete Bedrohung von wilden Völkerschaften, Malaria, und einem, besonders für die Verhältnisse der Tropen, zu starken Genuss von Alkoholicis, Nicotin, auch Thee, oft gleichzeitig bei ungenügender Nahrung.

Die klinischen Bilder fallen unter das Delirium hallucinatorium, den acuten oder chronischen Alkoholismus, selten unter die der Melancholie oder Paranoia.

Bei vielen derartigen Kranken lässt sich die aus der Heimath mitgebrachte Prädisposition nachweisen.

Als ein besonderes ätiologisches Moment für die Entstehung von Psychosen hat man endlich noch die Erschöpfung genannt und von Erschöpfungspsychosen[1]) gesprochen.

Dass die Erschöpfung, die Inanition Psychosen erzeugen kann, ist nicht zweifelhaft, und viele der oben genannten Ursachen wirken allein oder mit einander verbunden durch Erschöpfung.

Da aber ein bestimmtes klinisches Bild den Erschöpfungspsychosen ebenso mangelt, wie ein charakteristischer pathologisch-anatomischer Befund, so empfiehlt es sich im concreten Falle, die ätiologische Bezeichnung der Psychose auf dasjenige Moment zurückzuführen, das die Erschöpfung hervorgebracht hat.

C. Ausbruch, Verlauf, Dauer, Ausgänge der Psychosen.

Der Ausbruch einer Psychose kann acut, der Ursache derselben unmittelbar oder fast unmittelbar folgend, eintreten.

Dies wird beobachtet bei Traumen des Kopfes oder bei psychischen Traumen, als Folge von epileptischen Anfällen, bei den verschiedensten Intoxicationen, dem Fieberdelirium, auch den den Infectionskrankheiten folgenden Psychosen.

In der grossen Mehrzahl der Fälle ist der Ausbruch ein allmäliger.

Schlaflosigkeit, Verdauungsstörungen, Gefühl von Abgeschlagenheit, unmotivirter Wechsel der Stimmung, Reizbarkeit bilden den Uebergang von der Gesundheit zur Krankheit.

---

[1]) Räcke, Zeitschr. f. Psych. Bd. 57, 1900.

Verlauf und Dauer der Psychosen.

Es giebt psychische Störungen, welche in dem Bruchtheil einer Stunde oder in wenigen Stunden verlaufen; man bezeichnet dieselben als:

1. Transitorische Geistesstörungen.

Dieselben können entstehen:

1. Durch einen hochgradigen Affect bei hereditär prädisponirten Personen oder unter der Einwirkung heftiger körperlicher Schmerzen (z. B. bei Trigeminusneuralgie), unter Zusammenwirken des Affects und der Schmerzen bei dem Geburtsact, meist mit geringerer oder grösserer Trübung des Bewusstseins und tobsüchtiger Erregung.

2. Bei der Epilepsie und Hysterie als Aequivalente oder als prä- oder postepileptisches resp. hysterisches Irresein.

Die Mehrzahl der Fälle, welche man als Mania transitoria beschrieben hat, waren epileptische Aequivalente.

3. In Folge von Intoxicationen, besonders häufig durch Alkohol (cf. Alkoholismus), auch durch Kohlenoxyd, Leuchtgas u. s. w.

4. Bei organischen Hirnerkrankungen, Hirntumoren, Hirnapoplexieen.

5. Als Steigerung eines Fieberdeliriums.

6. Bei Verkennung des andauernden melancholischen Zustandes sind auch schnell vorübergehende heftige Exacerbationen desselben (Raptus melancholicus) als Mania transitoria aufgefasst worden.

Eine Manie von so kurz vorübergehender Dauer wie die sogenannte Mania transitoria giebt es nicht.

2. Acute Geistesstörungen.

Unter dem Namen „Delirium acutum“ beschrieb zuerst Brierre de Boismont 1845 eine Geisteskrankheit, deren Symptome und Verlauf sich in folgender Weise gestalteten: Nach einem kurzen Prodromalstadium mit Kopfschmerzen und gastrischen Störungen tritt plötzlich und zwar meist sehr stürmisch ein Delirium mit schwerer Bewusstseinsstörung auf, welches zuerst mehr ängstlicher Natur ist, später völlig incohärent mit unaufhörlichem Sprechen einhergeht. Die Nahrungsaufnahme ist in hohem Grade beschränkt, das Körpergewicht sinkt rasch, die trockenen Lippen und die Zunge bedecken sich mit einem fuliginösen Belag, die Sprache wird schwer, anstossend, schliesslich unverständlich. Dem heftigen motorischen und tobsüchtigen Drang folgt allgemeines Muskelzittern, schliesslich treten klonische und tonische Krämpfe auf. Der Puls ist meist von Anfang an beschleunigt, 100—130, die Temperatur zeigt eine Febris continua (38—39° C.), gegen den Exitus letalis hin kommt es zu Temperatursteigerungen bis 41° und darüber. Unter blanden Delirien und allgemeinem Collaps geht der Kranke zu Grunde.

Die Dauer von Beginn der Krankheit bis zum tödtlichen Ende beträgt 1—3 Wochen. In sehr seltenen Fällen wird Genesung beobachtet.

Das Delirium acutum ist ein Symptomencomplex, welcher unter sehr verschiedenen Bedingungen auftreten kann[1]):

---

[1]) Binswanger und Berger, Arch. f. Psych. Bd. 34 S. 114, 1901. Carrier et Martin, Revue neurologique 1901, S. 770.

1. Bei einem stürmischen Verlauf der progressiven Paralyse (galoppirende Form derselben).

2. Bei den verschiedensten organischen Hirnkrankheiten: Meningitis, Encephalitis haemorrhagica acuta.

3. Bei gewissen Infectionskrankheiten (puerperale Infectionen u. s. w.).

4. Bei dem Delirium tremens febrile.

5. Bei Geisteskranken, welche in Folge von Verletzungen septikämisch geworden sind, besonders bei manischer Tobsucht.

6. Durch eine Autointoxication, deren nähere Bedingungen uns bisher völlig unbekannt sind.

Die bacteriellen Befunde bei dem Delirium acutum (Bianchi und Pizzino) bedürfen speciell in Bezug auf ihre Specificität noch weiterer Untersuchungen.

Einen acuten Verlauf nehmen ferner häufig die hysterischen und epileptischen, wie die Intoxicationspsychosen, wenn sie nicht transitorisch auftreten. Die Dauer kann wenige Tage bis einige Monate betragen.

Ein subacuter Verlauf zeichnet die heilbaren functionellen Psychosen aus.

Der Anstieg wie der Abstieg derselben ist in der Regel nicht ein gleichmässiger, sondern mit zahlreichen Erhebungen und Senkungen verbunden, d. h. die Krankheit steigt nicht andauernd zum Gipfel, sondern schlimmere Tage und Stunden wechseln mit besseren, und ebenso geht die Besserung nach Ueberschreiten des Gipfels der Krankheit mit zahlreichen Schwankungen einher, ehe die Heilung eintritt.

Die Dauer einer solchen subacuten Psychose beträgt im Durchschnitt 8—10 Monate.

Die erwähnten Schwankungen können im Verlaufe der Krankheit zu einer länger (tage- und wochenlang) dauernden Remission, d. h. einem Nachlassen der Erscheinungen, führen, vorübergehend kann sogar ein völliges Freisein von Wahnvorstellungen eine Intermission mit vollem Krankheitsbewusstsein eintreten (Delirium hallucinatorium, Manie). Eine solche tritt auch dann öfter ein, wenn die Krankheit aus zwei Phasen, einer melancholischen und manischen, besteht, indem sich eine Intermission oder Remission zwischen dieselben einschiebt[1]).

3. Die chronischen Geistesstörungen

sind entweder hervorgegangen aus den acuten oder subacuten (secundäre chronische Psychosen) oder sind von vorne herein chronischer Natur, wie der Idiotismus, die chronische Paranoia, die organischen Geisteskrankheiten.

Sie können während ihres Bestehens ein stationäres Bild zeigen, so häufig die secundäre Demenz, sie können vielfach wechseln in der

---

[1]) Von einem „luciden Intervall“ in forensischer Beziehung ist jedoch in solchen Fällen kurz vorübergehender Remission oder Intermission nicht die Rede. Die Krankheit besteht fort, wenn auch die Symptome derselben nicht in gleicher Weise sich nach aussen hin geltend machen.

Erscheinung wie die katatonischen Formen, sie können endlich progressiv verlaufen wie die organischen Geisteskrankheiten, speciell die progressive Paralyse.

4. Die periodisch verlaufenden Geisteskrankheiten[1]) zeigen sich:

1. als periodische Manie,
2. als periodische Melancholie,
3. als periodisches Delirium hallucinatorium,
4. als periodische Paranoia,
5. als circuläre Psychose (cf. die specielle Psychiatrie).

Es können ferner gewisse periodisch auftretende physiologische Processe wie die Menstruation, und periodisch verlaufende somatische Erkrankungen wie die Malaria, periodisch sich zeigende Geistesstörung bedingen.

Bei den sogenannten menstruellen Psychosen[2]), welche meist prämenstruell, selten postmenstruell auftreten, handelt es sich in der Regel um hysterische, hysteroepileptische oder epileptische Individuen, bei welchen die Menstruation, öfter auch die Dysmenorrhoe, die gelegentliche Ursache zur Steigerung einer chronischen Nervenkrankheit zu einer acuten Psychose abgiebt.

Zuweilen treten solche periodischen Störungen bei Mädchen auf, bei denen die Menstruation gestört oder verzögert ist (menstruelle Entwicklungspsychosen, Friedmann), und verschwinden mit dem Eintritt resp. der Regelung der Menstruation, wie auf der anderen Seite Fälle periodischen Irreseins mit menstruellem Typus im Klimakterium nach Verschwinden der Menstruation vorkommen.

Die Form der menstruellen Psychose ist eine sehr verschiedene, ebenso verschieden wie das Bild der hysterischen Psychose; ihre Dauer erstreckt sich in der Regel auf wenige Tage, zuweilen aber auch auf einige Wochen.

Periodisch können auch epileptische Psychosen meist mit sehr starker Verworrenheit und reichlichen Hallucinationen und ferner gewisse Formen des Alkoholismus auftreten (cf. Dipsomanie).

Auf den Verlauf der Psychosen ist die individuelle geistige Anlage, der allgemeine Kräftezustand, das Alter, in welchem die Psychose auftritt, besonders aber eine erhebliche hereditäre Belastung von besondrer Bedeutung.

Die letztere ist im Stande, auf der einen Seite durch erhebliche Remissionen (öfter bei der progressiven Paralyse) oder durch geringfügige Entwicklung der für die Form der Psychose charakteristischen Symptome die Krankheit als wenig schwer erscheinen zu lassen. Auf der anderen Seite aber sieht man, speciell bei den functionellen Psychosen, dass bei erheblicher hereditärer Belastung der Verlauf ein sehr langsamer ist und dass Symptome anscheinen-

---

[1]) Pilcz, Die periodischen Geistesstörungen. Eine klinische Studie. Jena 1901.

[2]) v. Krafft-Ebing, Psychosis menstrualis. Stuttgart 1902.

der geistiger Schwäche eine Unheilbarkeit vortäuschen können, während der weitere Verlauf die Heilung bringt. Man kann im Allgemeinen sagen, dass eine erhebliche hereditäre Belastung, speciell bei den functionellen Psychosen, die typischen Bilder derselben verwischt.

Von jeher wurde dem ersten Eintritt wie dem Aufhören der Menstruation ein grosser und günstiger Einfluss auf eine zur Zeit bestehende chronische Psychose zugeschrieben.

Der Verlauf erfüllt die hierauf gesetzten Hoffnungen nur ganz ausnahmsweise. Der erste Eintritt der Menstruation ist in den erwähnten Fällen in der Regel ohne jede Bedeutung für den Krankheitsverlauf, das Klimakterium aber pflegt bestehende chronische Psychosen zu verschlimmern, die Schwächung der geistigen Kräfte zu beschleunigen oder den bestehenden Symptomen neue, dem Klimakterium zugehörige Hallucinationen und Wahnvorstellungen hinzuzufügen.

Bei den acuten und subacuten Psychosen pflegt das Eintreten der Menstruation meist mit stärkerer Erregung verbunden zu sein, wie ja auch normale weibliche Personen zur Zeit der Menstruation häufig besonders reizbar sind.

Fieberhafte Erkrankungen, welche während des Bestehens der Psychose auftreten, beeinflussen zuweilen den Verlauf der Psychose günstig. Besonders sind nach dieser Richtung hin Typhus und Variola zu erwähnen.

Alkoholismus und Morphinismus wie andere chronische Intoxicationen erschweren in der Regel durch die Zufügung der ihnen zugehörigen Symptome zu denen der von ihnen unabhängig aufgetretenen Psychose den Verlauf.

Ausgänge der Psychosen.

1. Heilung.

Die Heilung einer Geisteskrankheit kann plötzlich erfolgen. Dies kommt öfter bei epileptischen und alkoholistischen (Delirium tremens) vor, sehr selten bei den functionellen heilbaren Psychosen, hier dann in der Regel bei hereditär schwer belasteten Individuen und mit Neigung zu bald kommenden Recidiven.

Ich sah eine Melancholie plötzlich nach der ersten Morphiuminjection, eine hypochondrische Melancholie unmittelbar nach der Einlegung eines Pessarium heilen.

Die Heilung kann allmälig mit vielfachen Schwankungen — der gewöhnliche Fall — oder unter stetiger allmäliger Abnahme der krankhaften Erscheinungen erfolgen.

Die Dauer der einzelnen Psychosen bis zur Heilung wird in der speciellen Psychiatrie besprochen werden; hier sei nur bemerkt, dass weitaus die meisten Heilungen in dem ersten Jahre der Krankheit erfolgen, und

dass nach 2jähriger Dauer der Krankheit die Heilung nur noch als ein sehr seltener Ausnahmefall betrachtet werden kann, dass jedoch auch Spätheilungen nach 3, selbst nach 20 Jahren erfolgen können[1]). Diese Spätgenesungen kommen vor Allem bei depressiven Geistesstörungen vor, zuweilen im Klimakterium.

Oefter erfolgt die Heilung erst, nachdem die ursprüngliche Krankheitsform in eine andere Form übergegangen, besonders nachdem eine Melancholie mit einer Manie, seltener eine Manie mit einer Melancholie geendet hat (manisch-depressives Irresein).

2. Unvollständige Heilungen. Heilungen mit Defect (Neumann).

Obwohl der Kranke äusserlich wieder einen völlig normalen Eindruck macht, auch seine Geschäfte wieder in früherem Umfang aufgenommen hat, sind doch einzelne residuäre Hallucinationen und residuäre Wahnvorstellungen zurückgeblieben, welche für das ganze spätere Leben andauern oder auch den Kern für den Wahn von Recidiven bilden können. In der Regel zeigen sich die Heilungen mit Defect darin, dass nach überstandener subacuter Psychose der Kranke, obwohl Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen völlig verschwunden sind, doch nicht das frühere Individuum wieder geworden ist, dass seine Energie und Spannkraft sich nicht in vollem Maasse wieder gefunden, dass er sich nicht gut in der Welt zurecht finden kann, dass eine gewisse Unsicherheit im Handeln zurückgeblieben.

3. Unheilbarkeit.

Die Unheilbarkeit einer Psychose kann eine primäre, wie bei den organischen Psychosen, dem Idiotismus, der chronischen Paranoia sein, oder sie kann secundär eintreten, indem eine primäre, heilbare Psychose in einen secundären geistigen Schwächezustand — Dementia — übergeht.

Der Grad der secundären Demenz und die äussere Form, in welcher sie auftritt, kann eine sehr verschiedene sein und danach kann man unterscheiden:

a) Die Paranoia secundaria[2]).

Aus dem Delirium hallucinatorium, der Manie oder Melancholie geht eine Form der geistigen Störung hervor, welche sich durch paranoische Wahnvorstellungen auszeichnet, gleichzeitig aber eine der primären Paranoia in ihren ersten Stadien fremde geistige Schwäche erkennen lässt.

In der grossen Mehrzahl der Fälle geht diese secundäre Paranoia schliesslich in volle Demenz über.

---

[1]) Kreuser, Spätgenesungen bei Geisteskrankheiten. Zeitschr. f. Psych. Bd. 57 S. 771, 1900.

[2]) Mönkemöller, Zeitschr. f. Psych. Bd. 58 S. 669, 1901.

b) Den erworbenen Schwachsinn.

Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen sind nicht vorhanden oder so abgeblasst, dass sie nicht hervortreten. Der Mensch ist aber ein anderer geworden.

Die Fähigkeit, Urtheile zu bilden, ist herabgesetzt, die Kritik demnach nicht prompt und mangelhaft, meist ist das Gedächtniss geschwächt und die sittlichen Gefühle haben nicht mehr die frühere Kraft.

Mit der verminderten Leistungsfähigkeit verbindet sich eine verminderte Widerstandsfähigkeit gegen die Umsetzung augenblicklicher Gefühle oder Triebe in Handlungen. Derartige Schwachsinnige können unter entsprechender Aufsicht und Anleitung, aber nicht ohne diese, sehr wohl noch Arbeit leisten, selbst ihr Brot verdienen.

c) Die agitirte Dementia, demente Verworrenheit.

Wahnvorstellungen und Hallucinationen sind aus der primären Psychose mit herübergebracht, aber sie sind abgeschwächt, nicht von lebhaften Gefühlen oder Affecten begleitet. Sie werden nicht mehr im Zusammenhang vorgebracht, nur einzelne Worte deuten darauf hin, und man kann aus der öfteren Wiederholung solcher Worte wie aus dem Benehmen des Kranken oft die der Verworrenheit vorangegangene functionelle Psychose erkennen.

Der frühere Melancholiker steht verschlossen da, kaut an den Nägeln; der frühere Manische zeigt sich auch jetzt noch beweglich, zwischendurch tobsüchtig; der frühere Paranoiker ist zänkisch, streitsüchtig oder auch finster vor sich hinbrütend. Manche erscheinen mit allerhand Orden, Epauletten, in besonders grotesken Toiletten.

Das Bild der Dementia praecox wurde S. 80 gezeichnet.

d) Die apathische Demenz.

Die geistige Kraft ist auf ein Minimum reduciert, in der höchsten Ausbildung dieser Demenz besteht nur noch ein vegetatives Leben. Es fehlt das Gedächtniss, nur grob sinnliche Reize, der Anblick des Essens u. s. w. sind noch von Gefühlen begleitet.

Schliesslich kommt es auch zu einer Lähmung der Motilität und der Reflexe. Die Kranken müssen wie Kinder im ersten Lebensjahr gewartet werden.

Bei dieser secundären Demenz findet man oft weite, zuweilen sehr bewegliche Pupillen oder den Reflex auf Lichteindruck träge. Die Zunge zeigt häufig Zittern, auch fibrilläre Zuckungen.

Die Kraft der Extremitäten ist meist geschwächt, es besteht oft eine gewisse Hypotonie in den Gelenken. Die Sehnenreflexe sind meist stark.

Die Frage, warum in dem einen Fall die functionelle Psychose mit Heilung endet, in dem anderen in unheilbare Demenz übergeht, ist zur Zeit nicht zu beantworten.

Die Erfahrung lehrt, dass besonders diejenigen functionellen Psychosen, welche in der Pubertätszeit auftreten, und bei denen eine erhebliche hereditäre Belastung besteht, häufig und ziemlich schnell in Demenz übergehen (Dementia praecox, bei welcher

Kräpelin eine hebephrenische, katatonische und paranoide Form unterscheidet).

Die geschilderten Krankheitsbilder des Schwachsinns, der agitirten Demenz und des apathischen Blödsinns können allmälig, einer aus dem andern, sich entwickeln; der Schwachsinn kann in die agitirte Form der Dementia und dann in apathischen Blödsinn übergehen. Es kann aber auch — und zwar geschieht dies in der Mehrzahl der Fälle — eine der bezeichneten Formen unmittelbar aus der primären Psychose sich entwickeln und diese Form dann bestehen bleiben, oder auch nur vorübergehend bei den Schwachsinnigen oder apathisch Dementen eine grössere Agitation eintreten.

Die secundäre Demenz kann entstehen:

a) Aus einer functionellen Psychose (secundäre Demenz im engeren Sinne).

b) Aus epileptischer oder hysterischer oder choreatischer Psychose (neuropathische Demenz).

c) Aus einer Intoxicationspsychose (toxische Demenz).

4. Der Tod[1]).

Derselbe kann bedingt werden:

1. Bei organischen Psychosen durch apoplektische und epileptische Anfälle, durch Lähmung des Vagus (Herzlähmung, hypostatische Pneumonie u. s. w.).

2. Durch Erschöpfung, sei es, dass dieselbe durch hohes anhaltendes Fieber, sei es, dass sie durch mangelnde oder ungenügende Nahrungsaufnahme bedingt wird (Delirium acutum, Melancholie u. s. w.).

3. Durch Traumen, deren Veranlassung wie deren ungünstiger Verlauf in der Psychose selbst liegen kann (Decubitus, Cystitis nach Katheterismus, Septikämie in Folge von Verletzungen, Gangrän u. s. w.). Das Trauma kann auch durch einen Unglücksfall bedingt werden, wie z. B. wenn der Bewusstlose durch das Fenster geht, welches er für eine Thür hält, über das Brückengeländer in den Fluss springt, weil er in dem ersteren eine Person glaubt, die ihm den Weg versperren will (Alkoholismus, Epilepsie). Bei Epileptikern tritt zuweilen der Tod durch Erstickung bei unzweckmässiger Lage des Körpers während des Anfalls ein.

4. Durch accidentelle innere Erkrankungen, unter welchen

[1]) Heimann, Die Todesursachen der Geisteskranken. Zeitschr. f. Psych. Bd. 57, 1900.

die Tuberculose weitaus die grösste Häufigkeit hat, doch ist nicht nachgewiesen, dass die Tuberculose der Lunge bei Geisteskranken erheblich häufiger sei als bei Geistesgesunden.

5. Durch Selbstmord[1]).

Die Selbstmordversuche und der Selbstmord können unter krankhaften geistigen Verhältnissen in sehr verschiedener Weise zu stande kommen:

a) Unzufriedenheit mit sich und der Welt, allgemeiner Pessimismus oder im Affect aus Motiven, welche zu der Schwere der That in keinem Verhältniss stehen (bei Hereditariern, bei Imbecillen). Hierher gehört auch ein erheblicher Theil der Selbstmorde bei Kindern, welche z. B. aus Furcht vor Strafe wegen einer schlechten Censur sich das Leben nehmen. Bei chronischen Alkoholisten führt das Bewusstsein der Inferiorität und der Unfähigkeit, sich aus dem Elend zu retten, öfter zum Selbstmord.

b) Hypochondrische Wahnvorstellungen führen nicht selten zum Selbstmord, so die Furcht vor Geisteskrankheit, speciell auch vor „Gehirnerweichung", vor schweren körperlichen Leiden (bei der Hypochondrie, bei der hypochondrischen Melancholie, im Initialstadium der progressiven Paralyse, bei der Paranoia rudimentaria, bei welcher die Qual der Zwangsvorstellungen zusammen mit der Furcht vor Geisteskrankheit zum Selbstmord treibt). Besonders häufig ist der Selbstmord bei der Hypochondriasis sexualis; der Kranke fürchtet impotent oder syphilitisch oder beides zu sein; eine geschlossene Verlobung, die bevorstehende Hochzeit kann die Ausführung des Selbstmords beschleunigen.

c) Aus melancholischen Wahnvorstellungen kommt Selbstmord zu Stande, indem die Kranken meinen, dass sie alles Gefühl für ihre Angehörigen, ja die Freude für ihr ganzes Leben verloren haben, sie seien demnach unnütz auf der Welt, oder indem sie glauben, dass sie Verbrechen begangen haben, welche nur durch den Tod gesühnt werden können, oder indem sie annehmen, dass sie sich der Schmach, welche sie über ihre Familie gebracht, und den Strafen, welche sie zu erwarten haben, nur durch den Tod entziehen können.

Bei der hypochondrischen Melancholie besteht zuweilen eine solche Qual, eine solche Furcht vor dem Tode, dass die Kranken diesen selbst den andauernden Qualen vorziehen.

Auf melancholischer Grundlage kann endlich ein plötzlich gesteigerter Angstanfall (Raptus melancholicus) den Selbstmord auslösen. Während die Kranken zögernd, unsicher in ihrem ganzen Handeln erscheinen, treibt eine plötzliche Steigerung des Affects, treiben stark auftretende Hallucinationen oder irgend eine äussere Veranlassung sie zur That.

Der melancholisch begründete Selbstmord tritt bei der Melancholie, in den depressiven Phasen des Delirium hallucinatorium, im Alkoholismus, bei der progressiven Paralyse, der Dementia senilis, selten bei der circulären Psychose auf.

d) Aus paranoischen Wahnvorstellungen entwickelt sich Selbstmord in folgender Weise:

Der Kranke will die Verfolgungen, denen er ausgesetzt ist, nicht länger ertragen, oder er will durch seinen Tod seinen Verfolgern eine besondere Verantwortung aufwälzen. Auf diese Weise kann Selbstmord bei Imbecillen, bei Paranoia, bei paranoischen Wahnvorstellungen der progressiven Paralyse und der Dementia senilis zu Stande kommen.

e) Grössenideeen können Ursache eines unbeabsichtigten Selbst-

---

[1]) Kuré, Jahrb. f. Psych. S. 271, 1898.

mordes werden, indem der Kranke beweisen will, dass er fliegen kann, dass er unsterblich sei und dementsprechend lebensgefährliche Sprünge thut.

f) Hallucinationen, besonders Gehörshallucinationen können zum Selbstmord führen. Dieselben befehlen dem Kranken, sich umzubringen; sie entstehen auf melancholischer oder paranoischer Basis. Eine meiner melancholischen Kranken ertränkte sich, weil sie hallucinatorisch ihren Mann im Wasser umkommen sah und ihn um Hilfe rufen hörte; sie wollte ihm helfen.

g) Dämmerzustände, in welchen die Erinnerung an gehegte Selbstmordidee auftaucht, sie können bei mangelnder Besonnenheit zur Ausführung treiben (Epilepsie, Alkoholismus).

Die Art und Weise des Selbstmordversuches lässt zuweilen die der Handlung zu Grunde liegende Krankheitsform erkennen.

Durch die Hartnäckigkeit der Selbstmordversuche zeichnen sich die Melancholiker aus. Jene beherrschen zuweilen so das Krankheitsbild, dass man von einer Melancholia suicidii gesprochen hat. Auch die Gewaltthätigkeit der Mittel tritt hierbei nicht selten hervor. Ein aus der Anstalt entlassener ungeheilter Melancholiker kroch Abends in einen Backofen, von welchem er wusste, dass derselbe den nächsten Morgen geheizt werden würde, und erschoss sich in dieser Situation. Andere zünden ihr Bett, ihre Wäsche, welche sie vorher mit Petroleum getränkt hatten, an. Nicht selten verbindet sich mit dem Selbstmordversuch die Verstümmelung eines Gliedes. Ein betagter melancholischer Geistlicher suchte sich umzubringen, indem er sich den Penis abschnitt, mit welchem er durch Onanie vor 50 Jahren nach seiner Ansicht gesündigt hatte. Eine Patientin steckte die Zunge zuerst in ein offenes Feuer, weil sie mit derselben Gott gelästert hatte, um sich dann selbst ins Feuer zu werfen. Ein junger Mann hieb sich am Ufer eines Flusses die rechte Hand ab, mit der er einen Meineid geleistet zu haben glaubte, und ertränkte sich sodann.

Aus den Melancholikern rekrutiren sich in der Regel auch jene Selbstmörder, welche zuerst ihre Frau und Kinder tödten, um sie vor dem Elend der Welt zu bewahren.

Der Paranoiker führt den Selbstmord unter Berücksichtigung aller äusseren Umstände aus, wie ein kühl überlegender Gesunder. Die Hysterischen drohen häufig mit Selbstmord, meist auf Grund von paranoischen Vorstellungen: Man beachte sie nicht genügend, man glaube ihnen nicht, dass sie krank seien u. s. w. Der Versuch ist in der Regel nicht ernst gemeint, immerhin darf man nicht zu fest darauf bauen, dass er nicht glücken wird. Durch Unvorsichtigkeit kann der nicht gewollte Tod bei dem Selbstmordversuch eintreten.

Der Selbstmord der Paralytiker zeichnet sich in der Regel dadurch aus, dass bei der Ausführung des Versuchs die geistige Schwäche, die mangelnde Energie hervortritt und der Kranke mitten in der Ausführung stehen bleibt. Einer meiner Paralytiker wollte sich durch Kohlenoxyd vergiften, machte aber dann das Fenster auf, weil er, wie er in der Anstalt erzählte, fürchtete, dass ihm der Dunst auf die Luftröhren schlagen würde und er zu Katarrhen disponirt wäre.

Ein anderer Paralytiker, welcher sich das Leben nehmen wollte, entkleidete sich am Ufer eines Flusses, ging bis an die Kniee ins Wasser, dann aber wieder zurück, weil er „an Rheumatismus gelitten und dieser leicht wiederkommen könnte“.

Zuweilen versuchen Geisteskranke sich zu tödten, indem sie entweder verweigern, Nahrung zu sich zu nehmen (Melancholie,

Paranoia), indem sie sich allerhand Fremdkörper in ihren Organismus (Nase, Magen, Blase, Vagina) einführen oder indem sie sich Verbrechen anschuldigen, welche mit der Todesstrafe bedroht sind und hoffen, hingerichtet zu werden (indirecter Selbstmord). Im Allgemeinen haben geisteskranke Frauen grössere Neigung zum Selbstmord als geisteskranke Männer.

In manchen Familien ist Selbstmord ungemein häufig; zuweilen verfallen ihm ein grösserer Theil der Mitglieder der Familie in einem bestimmten Alter, wie bei einer hereditären Krankheit.

Die grösste Zahl der Selbstmorde kommt im Sommer, besonders im Monat Juni vor.

D. Die pathologische Anatomie der Geisteskrankheiten.

1. Eine Reihe von Psychosen zeigt bei der Autopsie nach keiner Richtung hin irgend welche pathologische Befunde. Oft werden Befunde erhoben wie Hyperämie, Anämie, Stasen in den Gefässen, welche nicht mit der Psychose, sondern mit der Todesursache oder der Agone in Zusammenhang stehen.

2. In einer Reihe anderer Fälle zeigen sich makroskopisch Veränderungen an den Häuten: Pachymeningitis, Verdickung und Verdünnung der Dura, Hämatom derselben, Adhäsion der Dura an den Knochen (in etwa 50% aller Fälle von Psychosen), Pacchionische Granulationen, Verdickung und Opacitäten, auch milchige Trübungen der Arachnoidea, besonders an der Convexität und längs des Sinus longitudinalis superior, Oedem der Arachnoidea. Dieselben sind aber ebensowenig charakteristisch für eine psychische Erkrankung wie die Veränderungen in den Nervenzellen, welche vereinzelt oder in grösserer Zahl Auflösung der chromatischen Substanz (Chromatolyse) zeigen.

Dass alle diese Veränderungen eine während des Lebens vorhanden gewesene psychische Erkrankung nicht beweisen, ergiebt sich daraus, dass gleiche oder ähnliche Veränderungen auch bei solchen Menschen gefunden werden, die nie psychische Erkrankung geboten hatten.

3. In der grossen Mehrzahl der Fälle von Idiotismus, wie durchweg bei den organischen Geisteskrankheiten bestehen Abnormitäten im Gehirn und dessen Häuten, welche bei den betreffenden Krankheiten genauer beschrieben werden sollen.

Bei der secundären Demenz ist neben chronischen Entzündungsprocessen in den Häuten des Hirns in der Mehrzahl der

Fälle eine Abnahme des Hirngewichts um durchschnittlich 200 g vorhanden, wobei der grösste Procentsatz der Gewichtsabnahme nicht, wie bei der progressiven Paralyse, auf das Stirnhirn fällt (Parchappe und Bucknill). Die mikroskopische Untersuchung lässt meist, aber nicht constant, Fett- und Pigmentanhäufungen in den Ganglienzellen, grössere Anhäufung von Kernen in den Gefässwänden und Verbreiterungen der Capillaren, welche in der Regel blutleer sind, erkennen.

E. Die Diagnose der Geisteskrankheiten.

Die Feststellung, dass eine Person geisteskrank sei, wird leicht, wenn Hallucinationen mit dem festen Glauben an die objective Wahrheit der hallucinirten Sinneswahrnehmungen, wenn schon durch ihren Inhalt als ungeheuerlich zu bezeichnende Wahnvorstellungen von dem Untersuchten produciert werden oder wenn charakteristische körperliche Symptome wie bei der progressiven Paralyse es unzweifelhaft machen, dass gewisse, wenn auch nicht so auffallende Zeichen psychischer Abnormität das Bestehen einer Gehirnkrankheit sicher stellen.

Der Thermometer wird ferner die Delirien eines Fiebernden leicht von dem Irrereden eines Geisteskranken unterscheiden lassen.

Zweifelhaft und schwierig kann die Diagnose, ob Jemand geisteskrank oder geistesgesund ist, werden: 1. bei der Imbecillität (cf. diese), 2. bei den secundären geistigen Schwächezuständen, 3. bei Dissimulation der thatsächlich vorhandenen Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen.

Ist eine genügende und einwandfreie Anamnese vorhanden, so wird die Diagnose leicht werden, indem man dem zu Begutachtenden die Thatsachen der Anamnese vorhält und aus seinem Verhalten gegenüber den ihn belastenden Momenten erkennt, ob die als krankhaft erscheinenden Symptome noch vorhanden sind.

Ohne genügende und zuverlässige Anamnese wird in vielen Fällen eine Beobachtung in der Anstalt, eventuell öfter wiederholte Untersuchung nicht zu umgehen sein.

Ueber die Diagnose der speciellen Formen der Geisteskrankheit cf. den speciellen Theil.

Die Beantwortung der Frage, ob Jemand, der geisteskrank gewesen, als geheilt zu erachten ist[1]), erfordert Folgendes zu erwägen: Der Geheilte spricht ruhig und objectiv über seine Krankheit, wo-

---

[1]) Heilbronner, Krankheitseinsicht. Zeitschr. f. Psych. 58, 1901.

bei nicht ausgeschlossen ist, dass er dies oder jenes in seinem Verhalten während des Bestehens der Geisteskrankheit zu beschönigen sucht oder auch als nicht unberechtigt und hervorgerufen durch gewisse thatsächliche Vorkommnisse in seiner Umgebung schildert. Seine früheren Strebungen sind wiedergekehrt, sein Verhalten gegen seine Angehörigen zeigt ihn als den „alten".

Das Herannahen der Genesung gibt sich in der Regel in dem Steigen des Körpergewichts mit der gleichzeitigen Abnahme der krankhaften psychischen Erscheinungen kund.

Den Beweis, dass der Kranke völlig geheilt ist, bringt er allerdings erst dann, wenn er, in die früheren Verhältnisse zurückgekehrt, die Aufgaben des Lebens in früher gewohnter Weise zu erfüllen im Stande ist.

Der Satz von Willis: „Keiner aber kann als gesund angesehen werden, bis dass er freiwillig seine Verirrung bekennt", ist in dieser kategorischen Form nicht aufrecht zu erhalten. Es giebt einzelne Fälle, welche trotz eines begrenzten Residualwahns unbedenklich als geheilt erachtet werden können. Entscheidend ist dabei, dass jener Rest von abnormen Vorstellungen auf das Handeln keinerlei Einfluss auszuüben im Stande ist. Dass dieses thatsächlich nicht der Fall ist, wird allerdings meist erst nach längerer Beobachtung des unter freien Verhältnissen und in dem früheren Milieu sich befindenden Individuums festzustellen möglich sein.

Geisteskrankheit wird zuweilen simulirt, besonders zu forensischen Zwecken, um eine Entschädigung für die durch einen Dritten oder durch einen Unfall angeblich hervorgebrachte Krankheit zu erhalten, einen Vertrag, eine eingegangene Ehe als ungiltig erklären zu lassen, um vor einer drohenden Strafe geschützt oder während des Erleidens derselben von ihr befreit zu werden.

Die Formen von psychischen Störungen, welche hierbei besonders in Betracht kommen, sind 1. die Tobsucht, 2. der Blödsinn, 3. der Stupor, 4. die epileptische Geisteskrankheit.

Tobsucht und Stupor sind sehr schwer zu simuliren. Der gesunde Mensch ist nicht im Stande, so lange wie der Tobsüchtige ohne Unterbrechung und ohne Speise und Trank zu sich zu nehmen, gewaltsame Handlungen auszuführen oder wie ein Stuporöser unbeweglich Tag und Nacht dazuliegen. Ebenso fehlen dem simulirten Stupor die Zeichen am Gefässsystem, die eigenthümlichen katatonischen oder hypotonischen körperlichen Symptome. Dazu kommt, dass eine bestimmte psychische Krankheitsform zu simuliren, vielleicht selbst einem Psychiater schwer werden dürfte, er würde leicht aus der Rolle fallen. Ein simulirter epileptischer Anfall wird durch das normale Verhalten der Pupillen, die mangelnden Krämpfe in den Masseteren, das Fehlen des Zungenbisses, den Mangel der Betheiligung der Respirationsmuskeln und das dadurch fehlende Blauwerden des Gesichts u. s. w. erkannt werden können.

Am ehesten lässt sich noch der Blödsinn simuliren. Aber auch hier wird die Uebertreibung[1]), die Unsinnigkeit der Antworten, der lauernde Blick und der die Anstrengung bei der Simulation verrathende Gesichtsausdruck im Gegensatz zu dem leeren Gesichtsausdruck des Blödsinnigen die Diagnose sichern können.

Dabei ist der Simulant in der Regel aufdringlich, um seine Verkehrtheiten zu zeigen, während bei dem Kranken es oft genug Mühe kostet, die Wahnvorstellungen herauszubekommen.

Eine Beobachtung bei gut geschultem Wartepersonal wird in der Regel jeden Zweifel beseitigen, besonders dann, wenn nachgewiesen werden kann, dass das betreffende Individuum, sich nicht beobachtet glaubend, ein ganz anderes Verhalten zeigt, als zur Zeit der Beobachtung oder der ärztlichen Untersuchung, dass er gut schläft, isst, trinkt, während er die Nahrungsaufnahme verweigert, wenn er sich beobachtet hält.

Zuweilen beweisen schriftliche Aufzeichnungen, deren Inhalt in diametralem Gegensatz zu dem producirten Benehmen steht, die Simulation.

Die Simulation von Geisteskrankheit ist, soweit dieselbe sich auf eine längere Zeit, Wochen und Monate erstreckt, ein sehr seltenes Vorkommniss. Je grösser die Erfahrung des Arztes geworden, um so seltener wird er in die Lage kommen, Simulation zu diagnosticiren.

Oefter simuliren Geisteskranke gewisse Symptome, sei es „zum Spass", sei es um die Aerzte oder andere Beamte zu ärgern, sei es um bestimmte persönliche Vortheile zu erreichen. Da diesen Geisteskranken in der Regel eine gewisse Erfahrung über Psychiatrie, welche sie in der Irrenanstalt gesammelt haben, zur Seite steht, so wird es öfter nicht leicht, die simulirten Symptome festzustellen.

Oefter als der Versuch, eine nicht vorhandene Geisteskrankheit zu simuliren, kommt unzweifelhaft der vor, eine vorhandene Geisteskrankheit zu dissimuliren, in der Mehrzahl der Fälle zu dem Zweck, einer drohenden Entmündigung zu entgehen oder eine verhängte zur Aufhebung zu bringen.

Aber auch vor dem Kriminalforum kommen solche Dissimulationen vor, um nicht in das Irrenhaus zu kommen oder aus demselben heraus zur Verbüssung einer zeitlich begrenzten Strafe gebracht zu werden, während der Aufenthalt in der Irrenanstalt ein zeitlich unbegrenzter ist.

Der Kranke Gnauks, welcher wegen Majestätsbeleidigung bestraft war und seine Strafe verbüsst hatte, erklärte später, von den Stimmen, welche ihn zu jener Majestätsbeleidigung getrieben hätten, habe er dem Richter

---

[1]) Ein des Betrugs angeklagter Mann behauptete, weder sein Alter, noch die Jahreszahl, noch Geld zu kennen. Ich nahm aus dem mir von ihm überreichten Portemonnaie eine Mark; er sagte, dass er nicht wüsste, wie viel dies wäre, dann zeigte ich ihm aus meinem Portemonnaie ein Fünfzigpfennigstück, auch dies wollte er nicht kennen; ich steckte das letztere in sein Portemonnaie, das erstere in das meinige, und wollte mich mit den anwesenden Collegen entfernen. Als ich an der Thür war, rief er mir nach, ich hätte ja das Doppelte in mein Portemonnaie aus dem seinigen genommen. Es gelang nun sehr schnell, ihn zur Anerkennung seiner Simulation zu bringen, zumal ich aus seiner Commode Schriftstücke aus den letzten Tagen ihm vorhalten konnte, in welchen er sehr genau mit Datumsangabe Alles aufgeschrieben hatte, was er eingenommen und ausgegeben hatte.

nichts gesagt, man würde es ihm auch nicht geglaubt haben, und hätte man es ihm geglaubt, würde er in eine Irrenanstalt gebracht und nicht wieder herausgelassen worden sein. So hätte er lieber seine Strafe absitzen wollen.

F. Die Prognose der Geisteskrankheiten.

Dieselbe richtet sich nach der Form, in welcher die Geisteskrankheit auftritt. Sie ist ungünstig bei Idiotismus, bei den organischen Geisteskrankheiten mit Ausnahme der luetischen, bei den chronischen Formen der Paranoia, sehr zweifelhaft bei epileptischen Psychosen, besonders mit Rücksicht auf Recidive, und einem Theil der Intoxicationspsychosen. Günstig erscheint sie bei dem Delirium hallucinatorium, der Manie, Melancholie, der Dementia acuta, zweifelhaft bei der acuten Paranoia, den hysterischen Psychosen und einem gewissen Theil der Intoxicationspsychosen. Die Prognose verschlimmert sich, auch wenn sie vorher günstig war, dann, wenn die Psychose ein Jahr ohne deutliche Zeichen einer Besserung gedauert hat.

In allen Fällen, in welchen die Heilung eintritt, entsteht prognostisch die Frage, ob Recidive zu erwarten sind, oder ob die Krankheit periodisch verlaufen wird.

Recidive sind häufig und besonders dann zu befürchten, wenn eine erhebliche erbliche Belastung die Prädisposition bietet. Dann werden neu auftretende Schädlichkeiten leicht neue Erkrankungen herbeiführen.

Das Recidiv, welches nach Jahren, selbst nach Decennien erfolgt, kann in derselben Form auftreten, wie die erste Erkrankung, also eine Melancholie, Manie, ein Delirium hallucinatorium sich im zweiten Anfall ebenso wie im ersten zeigen, zuweilen selbst nach Decennien mit genau denselben Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen, in anderen Fällen ist der zweite Anfall eine Manie, während der erste eine Melancholie war, oder umgekehrt.

Die Recidive haben besonders bei Hereditariern eine weniger günstige Prognose als die erste Erkrankung, doch kommt auch hier nach öfter wiederholten Recidiven noch Uebergang in Genesung vor.

Eine periodische Form ist zu befürchten, wenn der erste Anfall bei einem stark hereditär Belasteten in jugendlichem Alter auftritt, wenn der Anfall mit bedeutenden Remissionen verläuft und er auffallend schnell zur Heilung kommt.

Mit Sicherheit wird die Diagnose der periodischen ebenso wie der circulären Form erst aus dem Verlauf gestellt werden können.

Prognostisch von Wichtigkeit ist es ferner, zu sagen, ob eine

primäre Psychose nach längerem Bestehen in secundäre Demenz übergehen wird oder nicht.

Für den Uebergang in die Unheilbarkeit spricht es, wenn der Affect, welcher die primäre Psychose auszeichnet, nachlässt, während Wahnvorstellungen und Hallucinationen andauern, wenn neue Worte von dem Kranken gebildet werden und wenn ohne Besserung der psychischen Symptome der Schlaf gut wird und das Körpergewicht steigt.

Im Uebrigen gilt für die Psychiatrie in erhöhtem Maasse das, was für die übrigen Disciplinen der praktischen Medicin die Regel ist: Bei der Stellung der Prognose sei man äusserst vorsichtig.

Die Coefficienten, aus welchen sich unser Urtheil über die Prognose bildet, sind bei den Psychosen in viel höherem Grade unsichere und schwankende als bei allen anderen Krankheiten, und wir wissen, dass auch bei diesen selbst die anscheinend begründetste Prognose nicht allzu selten zu Schanden wird.

G. Allgemeine Therapie [1]).

Die Prophylaxe der Psychosen hätte in erster Reihe die Beseitigung der wichtigsten und häufigsten Ursache geistiger Erkrankung, der hereditären Prädisposition, anzustreben, indem sie vor Allem das Heirathen Personen, welche geisteskrank gewesen, Alkoholisten oder Morphinisten u. s. w. sind, untersagt.

Die Unmöglichkeit, mit der Gesetzgebung präventiv zu wirken, weist uns darauf hin, durch Belehrung, so weit es möglich, zu wirken.

Von grosser Wichtigkeit ist es, hereditär belastete Kinder möglichst früh in ein anderes Milieu, als das des nerven- oder geisteskranken Vaters oder der nerven- oder geisteskranken Mutter zu bringen, sie in geeignete Pensionen zu geben, um die schädlichen Einflüsse der Erziehung durch die Eltern, auch der Nachahmung, zu paralysiren. In Preussen giebt die Durchführung des Gesetzes über die Fürsorgeerziehung der Minderjährigen vom 2. Juli 1900 auch Unbemittelten unter gewissen Bedingungen Schutz.

Bei der Wahl des Berufes wird auf die Eigenart des hereditär Belasteten Rücksicht genommen werden müssen und in der Regel von Berufsarten, welche anstrengende geistige Beschäftigung, viele Examina nothwendig machen, abzurathen sein.

---

[1]) Emminghaus, Behandlung des Irreseins im Allgemeinen. Handb. der spec. Pathologie u. Therapie von Penzoldt u. Stintzing. Bd. 5, 1901; Pelman, Ueber die Behandlung der Geisteskranken. Deutsche Klinik 1902.

Die Prophylaxe der Geisteskrankheiten besteht ferner in dem Kampf gegen den Alkoholismus und gegen die Verbreitung der Syphilis, in der Hebung der Ernährung des Volkes, wie in der Durchführung der Wohnungshygiene.

Dass die Verbesserung der allgemeinen Hygiene grosse Erfolge nach dieser Richtung hin erreichen kann, beweist die Abnahme des Cretinismus in Deutschland nach Besserung der hygienischen Verhältnisse der betreffenden Orte, der Zuführung eines guten Trinkwassers.

Die erste Frage nach Feststellung einer bestehenden Geisteskrankheit wird für den Arzt immer die sein, ob Behandlung und Pflege in einer Irrenanstalt erforderlich oder ob der Kranke im Haus bleiben kann.

Die Ueberführung in eine Irrenanstalt wird nothwendig sein:

1. Wenn der Kranke tobsüchtig ist.

Die Verhältnisse einer Privatwohnung, der Mangel der nothwendigen und geschulten Kräfte, um den Kranken zurückzuhalten, die Rücksicht auf die übrigen Insassen der Wohnung oder des Hauses fordern die Entfernung des Kranken. Eine Ausnahme kann nur dann als zulässig erachtet werden, wenn die Art des Anfalles von Tobsucht ein schnelles Vorübergehen desselben erwarten lässt, und für eine kurze Zeit die Beaufsichtigung zu Haus möglich ist.

Zu diesen Ausnahmen gehören manche Fälle von postepileptischer Tobsucht, von epileptischem Aequivalent, von hysterischer Tobsucht und von Tobsucht in Folge von Intoxicationen.

2. Wenn der Kranke, ohne tobsüchtig zu sein, in der Freiheit sich oder Anderen gefährlich werden kann.

Hierher gehören alle Fälle, in welchen Selbstmord zu befürchten ist, sei es, dass der Kranke schon Versuche nach dieser Richtung hin gemacht hat, sei es, dass die Form der Geistesstörung einen befürchten lässt. Dies Letztere gilt vor Allem von der Melancholie. Jeder Melancholische ist selbstmordverdächtig, und der Arzt soll in jedem Fall darauf aufmerksam machen, dass er eine Verantwortung nach jener Richtung hin nicht übernimmt, wenn der Kranke zu Hause bleibt, ebensowenig sollten solche Kranke offenen Anstalten überwiesen werden.

In gleicher Weise sind die melancholischen Zustände anderer Psychosen mit Selbstmordneigung zu behandeln (Alkoholismus, Paralyse, Dementia senilis u. s. w.).

Gefahr kann ferner der Kranke sich und seiner Familie bringen, wenn er sein Vermögen verschwendet, unsinnige pecuniäre Verbindlichkeiten für die Zukunft eingeht, eine Ehe eingehen oder ein Testament errichten oder ein errichtetes aufheben will.

Aus diesen Gründen sind Kranke, welche an Grössenideen (Manische, periodisch Manische, manische Paralytiker u. s. w.) leiden, der Freiheit zu berauben.

Die Gefahr für Andere kann sodann aus Verfolgungsvorstellungen mit oder ohne Sinnestäuschungen hervorgehen. Besonders gefährlich sind die Hallucinanten.

Hallucinirende Paranoiker, Epileptiker und Alkoholisten sind auf jeden Fall einer Irrenanstalt zu überweisen.

Nur dann, wenn eine erhebliche geistige Schwäche die Uebersetzung der hallucinirten Sinneserregung in das Handeln ausschliesst oder sehr unwahrscheinlich macht, kann von einer Ueberführung bei steter Ueberwachung zu Haus abgesehen werden.

Aber auch ohne Hallucinationen kann ein Wahnsystem, speciell das der Verfolgung, bei noch nicht eingetretener geistiger Schwäche Anderen gefährlich werden (Paranoiker, Alkoholisten, Quärulanten).

Endlich giebt es Geistesschwache, welche ohne Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen durch ihre Neigung zu unsittlichen Handlungen (cf. S. 43. 63) eine Detention erfordern.

3. Nahrungsverweigernde Geisteskranke sind einer Irrenanstalt zu überweisen, da nur hier die nöthige Aufsicht und Behandlung stattfinden kann.

4. Auch ohne die unter 1—3 aufgeführten Momente wird oft die Ueberweisung in eine Irrenanstalt nothwendig werden, wenn die socialen Verhältnisse eine Pflege und Ueberwachung des Kranken zu Haus nicht gestatten.

5. Der Zweck der Heilung verlangt die Ueberführung in eine Irrenanstalt, um den Kranken völlig ruhig zu stellen, ihn dem augenblicklich schädlichen Einfluss seiner bisherigen Umgebung zu entziehen, ihn daran zu hindern, durch Ausschweifungen die Krankheit zu unterhalten und zu verschlimmern und die Möglichkeit entsprechender Kuren zu gewähren, welche zu Haus nicht durchzuführen sind.

Bei besonders günstigen äusseren Verhältnissen lassen sich ausnahmsweise die Verhältnisse einer Anstalt auch ausserhalb einer Anstalt, in einer Villa u. s. w., herstellen.

Ist die Ueberführung in eine Irrenanstalt beschlossen, so setze man dieselbe möglichst sofort ins Werk. In vielen Fällen ahnt der Kranke, wenn ihm nichts mitgetheilt worden ist, dass etwas Besonderes vor sich gehen soll, auch wohl, dass er in eine Irrenanstalt gebracht werden soll, und flüchtet oder begeht Suicidium. Dies gilt besonders von Melancholikern und Paranoikern.

Vor der Ueberführung sage man dem Kranken offen, dass er in ein Krankenhaus gebracht werden soll, und halte die etwa nöthigen Kräfte bereit, um seinen etwaigen physischen Widerstand zu überwinden. Mit seltenen Ausnahmen fügt sich der Kranke, zuweilen erst, wenn er die Ueber-

macht gesehen hat. Fügt er sich nicht, so ist es für den Kranken besser, dass Gewalt angewendet wird, als abzustehen, und ihn in dauernder Erregung und Befürchtung vor neuem Ueberfall zu lassen.

Ausnahmsweise kann unter Berücksichtigung äusserer Verhältnisse, der Nothwendigkeit, durch Schreien des Kranken einen Auflauf im Hause oder auf der Strasse zu vermeiden, List angewendet werden, bei deren Ausführung Beamte der Anstalt, in welche der Kranke gebracht werden soll, unbetheiligt bleiben müssen. Die Anwendung von Betäubungsmitteln zum Zwecke der Ueberführung in eine Anstalt ist zu verwerfen.

Die Behandlung hat in erster Reihe die Erfüllung der Causalindication zu erstreben.

Dieselbe wird in der speciellen Psychiatrie bei den einzelnen Formen besprochen werden; sie erfordert vor Allem neben der Erhebung einer genauen Anamnese die sorgfältigste körperliche Untersuchung.

Hier sei nur darauf aufmerksam gemacht, dass Mittel, welche bei einer bestimmten Causalindication günstig wirkten, oft auch ohne jene bei Psychosen versuchshalber angewendet wurden. Ein Beispiel hierfür bieten die Thyreoideapräparate, deren geradezu wunderbare Wirkung bei dem Myxödem später besprochen werden soll. Eine kritische Betrachtung der bei nicht myxödematösen Psychosen mit diesem Mittel gewonnenen Resultate ist nicht ermunternd für weitere Versuche [1]).

Symptomatisch kommen bei der Therapie folgende Zustände in Betracht, welche bei den verschiedensten Psychosen beobachtet werden:

1. Angst und Unruhe. Dagegen sind anzuwenden: die Brompräparate, mehrmals täglich zu 1—1,5—2 g, auch in Verbindung mit Aqua lauroc. und Extr. hyoscyam. (Solut. natr. bromat. [12—18] 150,0, Aqua lauroc. 6,0, Extr. hyoscyam. 1,0, Syr. simpl. 30,0 3mal täglich ein Esslöffel).

Antipyrin 0,5—1,0 2—3mal täglich, Phenacetin 0,5 2—3mal täglich, beides auch eventuell mit Codein. phosphor. 0,03—0,05.

Versucht kann auch werden: Trional in refracta dosi 3—4mal täglich 0,5 g.

Weitaus am wirksamsten ist das Opium (entweder in Substanz oder als Extr. opii oder in Dosen von 0,05 Früh und Mittags, Abends 0,10, wenn erforderlich steigend bis 0,10 Früh und Mittags, 0,15 [!] Abends, als Tinct. opii simplex zu 10—15—20—25 [!] Tropfen) (cf. auch S. 152).

Vorsicht ist bei Schwäche der Herzthätigkeit geboten. Die

---

[1]) Pilcz, Jahrb. f. Psych. S. 92, 1901.

Stuhlverstopfung bekämpfe man durch reichlichen Genuss von Obst, durch salinische Abführmittel oder durch Thee aus Cortex rhamni frangulae (Faulbaumrindenthee).

In manchen Fällen, in denen Opium keine Beruhigung schafft, erreicht man dieselbe durch Morphium, am besten in subcutaner Injection (0,01 bis 0,015) (cf. auch S. 152). Dass daraus Morphinismus hervorgeht, ist nicht zu befürchten, unter ärztlicher Beobachtung wird das Morphium, wenn überhaupt eine Gewöhnung eingetreten, vor Beendigung der Krankheit wieder abgewöhnt.

Auch die Verbindung von kleinen Dosen Scopolaminum hydrobromicum (0,0002—0,0003) mit Morphium ist zweckmässig. Wo nach Morphiuminjectionen Erbrechen auftritt, füge man dem Morphium kleine Dosen Atropin bei (0,0001—0,0002).

Beruhigend wirkt ferner Bettruhe (Klinotherapie) (Guislain, Neisser), welche bei allen anämischen und schlecht genährten Personen zu empfehlen ist, und jetzt bei acuten Psychosen fast allgemein angewendet wird. Die Bettruhe wirkt günstig auf die Circulation (die Pulsbeschleunigung lässt nach), verlangsamt die Respiration und befördert die Gewichtszunahme resp. hemmt die Gewichtsabnahme.

Mit Vorsicht ist sie da anzuwenden, wo Onanie besteht, und auch hypochondrische Zustände erheischen, dass die Bettruhe öfter unterbrochen wird. Zu lange Fortsetzung der Bettruhe macht die Kranken apathisch und energielos. Nicht durchzuführen ist die Bettruhe da, wo die Kranken im Bett allerhand Tollheiten treiben, Purzelbäume schiessen u. s. w.

Beruhigend wirken ferner feuchte Einwicklungen. Man schlägt den ganzen Körper in ein Laken, welches in Wasser von 24—26 ° R. getaucht ist, und hüllt ihn dann in eine wollene Decke. So bleibt der Kranke 1—2 Stunden liegen. Die Procedur kann mehrmals täglich wiederholt werden.

Endlich können auch protrahirte Bäder von einer gleichmässigen Temperatur von 26—28 ° R. mit kalten Compressen auf den Kopf angewendet werden. (Dauer 1—2—3—4 Stunden.)

2. Schlaflosigkeit. Wenn auch eine andauernde Schlaflosigkeit unzweifelhaft den Kranken schädigt und ärztliches Einschreiten nöthig macht, so ist auf der anderen Seite vor der übermässig häufigen Anwendung von Schlafmitteln, welche für den Zustand und speciell auch für die Ernährung des Kranken nicht indifferent sind, zu warnen.

Jedenfalls versuche man erst mit den erwähnten Beruhigungsmitteln Schlaf zu erzielen, ausser den Vollbädern am Abend können auch Sitzbäder von 28 ° R. ½ Stunde lang, Aufziehen von nassen

Strümpfen, nasses Handtuch auf den Leib, Massage 1 Stunde vor der Nachtzeit angewendet werden, ehe man zu Schlafmitteln übergeht. Die letzteren gebrauche man dann auch nicht jede Nacht.

Als Schlafmittel kommen in Betracht:

Morphium, subcutan 0,02—0,03 (!).

Dionin, 0,01—0,015, ebenso wie Heroin, 0,01—0,02 subcutan.

Sulfonal (1—2 g), am besten fein gepulvert in viel warmer Flüssigkeit.

(Vergiftungserscheinungen zeigen sich im Urin als Verminderung der Menge mit Rothfärbung, welche durch Hämatoporphyrin bedingt ist. Der rothgefärbte Urin dunkelt beim Stehen nach.)

Trional und Tetronal (1—2 g), Hedonal (1,5—2,5 g), Urethan (2 g), Bromidia theelöffelweise, Amylenhydrat 3—4 g in Kapseln oder als Klystier mit Mucil. Gummi arab.

Paraldehyd (5—8 g) macht die Ausathmungsluft widerlich riechend und wird deswegen von manchen Kranken zurückgewiesen; mit Zuckerwasser oder Himbeersaft (bei allen Reizungen der Magenschleimhaut und des Respirationsapparates zu vermeiden).

Im Clysma kann es als Oelemulsion gegeben werden.

Bei alkoholistischen Psychosen (besonders beim Delirium tremens), wie bei den manisch Tobsüchtigen zeigt sich Chloralhydrat noch da wirksam, wo die erwähnten Mittel versagen. Dosis 3—4 g in Lösung mit Syr. cort. aurant., eventuell auch im Clysma. Beim Genuss selbst kleiner Mengen alkoholischer Getränke tritt öfter nach Chloralgebrauch Rash auf (Rothwerden des ganzen Körpers, besonders des Oberkörpers), welcher in der Regel nach 24 Stunden wieder verschwindet. Bei Herzkranken ist Vorsicht geboten.

Endlich kann man bei sehr grosser Unruhe und da, wo dem Kranken weder per os noch per anum ein Mittel beizubringen ist, eine subcutane Injection von Scopolamin. hydrobrom. 0,0005—0,001 oder von Duboisin (0,0008—0,001—0,0015) machen. Nach 5—10 Minuten pflegt Beruhigung einzutreten, welche aber in der Regel nur wenige Stunden dauert. Eine längere Fortsetzung des Gebrauchs dieser Mittel ist zu widerrathen, da sie sehr nachtheilig auf die Ernährung wirken, und die Kranken leicht zusammenklappen.

In manchen Fällen bleiben alle die genannten Mittel wirkungslos; man verzichte dann darauf, die Dosis immer weiter zu erhöhen, da man sich der Gefahr aussetzt, bei Ueberschreitung einer gewissen Grenze Collapserscheinungen hervorzurufen. Zuweilen schläft der Kranke dann ohne Schlafmittel besser, als mit diesem.

Bei sehr heruntergekommenen Individuen, bei Psychosen, nach acuten Infectionspsychosen, beim Delirium hallucinatorium wirkt zuweilen ein Glas echtes Bier, ein Paar Gläser schweren Weines, ein Eierpunsch besser, als alle Schlafmittel.

3. Nahrungsverweigerung. Bei Kranken, welche die Nahrung verweigern, unterlasse man nie, auf ihren Nachttisch einen Topf mit Milch oder Bouillon, einige Cakes oder Semmeln zu legen. Oefter kommt es vor, dass sie davon nehmen, wenn sie sich nicht beobachtet glauben, während sie sonst jede Nahrungsaufnahme verweigern.

Nimmt der Kranke aber weder auf diese Weise Nahrung zu sich und ist es auch nicht möglich, ihm mit dem Löffel oder der Tasse (Schnabeltasse) Nahrung beizubringen, so muss man zur Fütterung mit der Schlundsonde schreiten.

Zuweilen genügt die Drohung mit dieser Fütterung, die Vorbereitung derselben, um die Kranken zur Nahrungsaufnahme zu bewegen.

Je nach dem Kräftezustand des Kranken kann man bei absoluter Abstinenz 3—4 Tage nach der letzten Nahrungsaufnahme warten; findet sich der chloroformähnliche Acetongeruch in der Exspirationsluft, dann zögere man nicht, die Schlundsonde zu gebrauchen.

Dem Kranken wird entweder in der Rückenlage mit mässig erhöhtem Kopf oder auch während er auf dem Stuhl sitzt, das Rohr durch den unteren Nasengang oder, wenn dies nicht geht, bei Anwendung des Heister-schen Speculums durch den Mund langsam eingeführt.

Man giebt dann in 2 Portionen täglich 1500 ccm Milch, 300 g Zucker, 6 Eier mit Zusatz von Wasser und 1 Glas Wein.

Mehr als 1 Liter Nährflüssigkeit soll auf einmal nicht gegeben werden.

Mit der Sondenfütterung kann man verbinden, eventuell in geeigneten Fällen ihr voraufgehen lassen, Nährklystiere: zuerst ein Reinigungsklystier, dann ein Opiumstuhlzäpfchen (Extr. opii 0,05—0,075) und nach etwa 15 Minuten das Leube'sche Fleischpancreasklystier oder Ewald's Eierklystier oder nach Riegel: 200 g Milch, 1 Glas Rothwein, 2 Eier, etwas Kochsalz oder nach Ziehen: ½ Liter Wasser, 2 Eier, 2 Esslöffel Stärkemehl, eine Messerspitze Kochsalz.

Dadurch, dass die Kranken die Klystiermasse schnell wieder herausdrängen, wird der Zweck oft vereitelt.

Den in Folge mangelnder Nahrungsaufnahme zu befürchtenden oder eingetretenen Collaps bekämpfe man durch Kochsalzinfusionen.

Man nimmt am zweckmässigsten 9 g Kochsalz auf 1 Liter abgekochtes Wasser, erwärmt die Flüssigkeit auf 33 ° R. und spritzt davon mehrmals täglich 200 ccm ein. Die Spritze ist vorher auszukochen.

4. Gegen Schwächezustände und Collaps sind ausser den erwähnten Kochsalzinfusionen Coffeïno-Natrium salicylicum (enthält 62,5 % Coffeïn) (1—2 Spritzen einer 20 %igen Lösung), subcutane Injectionen von Aether (am Rücken oder an der Brust, nicht an den Extremitäten wegen zu befürchtender Paralysen) oder subcutane Injectionen von Ol. camphoratum in Dosen von einer Pravaz-schen Spritze, nach Bedürfniss wiederholt, zu empfehlen.

5. Gegen die Verunreinigung mit Urin und Stuhlgang wie gegen das Kothschmieren ist neben andauernder Ueberwachung (häufiges Führen auf das Closet), Einrichtung der Diät in der Weise erforderlich, dass die die Diurese befördernden Nahrungsmittel, wie überhaupt flüssige Nahrung beschränkt wird und dass auch eine wenig Fäkalien bildende Kost verwendet wird.

Gegen das Hervorholen des Kothes aus dem Mastdarm und Schmieren mit jenem wende man eine mehrfach täglich zu wiederholende Ausspülung des Mastdarms an.

6. Gegen tobsüchtige Zerstörungswuth ist, wenn alle anderen Mittel, den Kranken zu beruhigen, fehlschlagen, die Isolirung in einer Isolirzelle nothwendig.

Es ist diese Isolirung dem andauernden Festhalten des Kranken durch Wärterhand und dem Kampf mit dem Wärter vorzuziehen.

Eine Anwendung mechanischer Zwangsmittel (Zwangsjacke, Festbinden der Hände, Zusammenbinden der Füsse u. s. w.) ist nur gestattet, wenn gewisse Verletzungen oder die zur Heilung derselben gemachten Verbände die absolute Ruhe des Kranken erheischen.

7. Gegen Selbstmord schützt nur die unausgesetzte Ueberwachung des Kranken. Selbstmordverdächtige Kranke dürfen weder Tag noch Nacht einen Augenblick unbewacht bleiben.

8. Decubitus kann man durch sorgfältige Reinlichkeit, faltenloses Lager, Wasserkissen in der Regel, aber durchaus nicht immer (Decubitus acutissimus) vermeiden.

Ist er aufgetreten, so wende man Zinksalben, Lanolin, Borvaselin (10%) an, der Brandjauche ist freier Abfluss zu ermöglichen, schlaffe Granulationen sind mit essigsaurer Thonerde, Kampherwein, Alkohol (20%) zu behandeln. Nach der Spülung trockne man öfters sorgfältig die umgebende Haut ab.

Die Nahrung der Geisteskranken soll, wenn nicht besondere Indicationen (z. B. Diabetes, Anämie u. s. w.) Anderes bestimmen, aus einer gemischten Kost bestehen, bei welcher besonders Milch und Obst reichlich zu geben sind.

Alkoholhaltige Getränke sollen nur zum Zweck der Erfüllung besonderer Indicationen verordnet werden.

Der Arzt muss an den Geisteskranken mit einem von Milde durchdrungenen Ernst herantreten.

Er hat ebenso Drohungen zu vermeiden wie etwa ein Lächerlichmachen des Wahns oder des Benehmens des Kranken. In Gegenwart des Kranken soll ebensowenig wie bei einem nicht psychisch Kranken über die etwa ungünstige Prognose oder überhaupt über Dinge, welche den Kranken, wenn er eine normale Auffassungsgabe hätte, verletzen könnten, gesprochen werden. Ebensowenig wie der Arzt das völlig aussichtslose Beginnen unternehmen soll, dem Kranken seine Hallucinationen und Wahnvorstellungen ausreden zu wollen („Vernunftgründe“ thun ihm weh), ebensowenig soll er etwa das Be-

gründetsein derselben oder die Möglichkeit eines solchen Begründetseins concediren.

Wenn er es nicht vorzieht, den Kranken reden zu lassen, ohne ihm zu antworten, handelt er am zweckmässigsten, dem Kranken immer zu wiederholen, „das sind Producte einer krankhaft erregten Phantasie“.

Sobald es irgend angeht, beschäftige man den Kranken mit Gartenarbeit, Holzsägen, mit Zusammensetzspielen, Frauen mit früher gewohnten Handarbeiten u. s. w.

Für die chronisch Geisteskranken hat die Colonisation mit Ackerbaubetrieb, um welche sich in Deutschland Paetz (Alt-Scherbitz) besonders grosse Verdienste erworben hat, grossen Segen gebracht.

Zweiter Theil.

Die specielle Psychiatrie.

Die verschiedenen Formen der Psychosen einem Eintheilungsprincip unterzuordnen, ist bisher nicht gelungen. Ohne Schwierigkeit lassen sich jedoch diejenigen Geisteskrankheiten sondern, welche auf einer mangelhaften Entwicklung des Gehirns beruhen — Idiotismus — wie diejenigen, welche im späteren Leben entstanden, eine nachweisbare organische Veränderung des Hirns zeigen — organische Psychosen.

Ebenso dürfte es unbedenklich sein, als Intoxicationspsychosen diejenigen zusammen zu fassen, welche speciellen Giften ihre Entstehung verdanken, ebenso wie die aus der Epilepsie, Hysterie oder Chorea sich entwickelnden als durch centrale Neurosen bedingte Psychosen.

Dagegen ist ein grosser Dissens unter den Autoren, wie diejenigen Geisteskrankheiten einzutheilen sind, bei denen bisher ein anatomischer Befund nicht existirt, und welche nicht unter eine der genannten Formen gehören. Man bezeichnet sie als functionelle Psychosen, womit nicht gesagt sein soll, dass anatomische Veränderungen nicht existiren, sondern nur, dass es bisher nicht möglich war, solche mit Sicherheit festzustellen.

Wenn sie darin den functionellen peripherischen Neurosen gleichen, so erschien es mir vorerst bei dem Mangel einer anderen besseren Eintheilung gestattet, an die Neurosen anknüpfend, auch hier Hyperästhesie und Neuralgie, Kinesen, Paralysen zu unterscheiden, und die ersteren mit Melancholie, die Kinesen mit Manie, die Paralysen mit Dementia zu bezeichnen. Als ataktische Geistesstörung, d. h. als eine Geistesstörung, bei welcher die Störung der Coordination der Vorstellungen das Primäre ist, würde die Paranoia zu bezeichnen sein. (Dabei kann auch die grobe Kraft, d. h. die Intelligenz, besonders im Beginn, ungestört sein.) Endlich habe

ich als Delirium hallucinatorium noch jene Form ausgesondert, bei welcher das Primäre und Wesentliche Hallucinationen sind, welche mit einer erheblichen Bewusstseinstrübung einhergehen.

I. Idiotismus[1]).

Wir fassen unter Idiotismus diejenigen Zustände geistiger Schwäche und Lähmung zusammen, welche durch eine Hemmung der Entwicklung des Gehirns bedingt werden.

Ist die geistige Schwäche nur in einem gewissen niederen Grade vorhanden, so sprechen wir von Imbecillität. Ist sie dagegen erheblicher oder hat eine geistige Entwicklung überhaupt nicht stattgefunden, so nennen wir den Zustand Idiotie.

1. Imbecillität.

Je nachdem die Imbecillität ihre Ursache in Vorgängen hat, welche vor der Geburt eingewirkt haben, oder je nachdem die Krankheit des Gehirns erst im Verlauf des kindlichen Lebens eingetreten ist, unterscheiden wir:

a) eine congenitale und

b) eine erworbene Imbecillität.

Die congenitale Imbecillität äussert sich in einer grossen Reihe von Fällen bereits in den ersten Kinderjahren. Die Kinder erscheinen auffallend unartig, störrisch, zuweilen selbst gewaltsam gegen ihre Angehörigen, früh findet sich eine Neigung, ihre Geschwister oder Gespielen zu schädigen. Neigung zum Lügen, Freude, Thiere zu quälen, unmotivirter Stimmungswechsel lassen sie schon vor der Schulzeit als besonders geartet erscheinen. In der Schule sind sie faul, unaufmerksam, machen geringe Fortschritte, häufige Strafen bleiben ohne jeden Erfolg, machen sie nur störrischer und widersetzlicher. Handelt es sich um Kinder aus den wohlhabenden Ständen, dann werden Hauslehrer, Wechsel der Schulen, Pensionen versucht, ohne dass diese Maassnahmen von einer wesentlichen Aenderung des Zustandes gefolgt sind. Nach Beendigung der Schulzeit, während der nur wenige Klassen absolvirt werden, kommt der Imbecille in die Lehre, von dem ersten Meister wegen seiner Unfähigkeit und seines sittlichen Mangels entlassen, kommt er zum zweiten und dritten. Von diesen weggeschickt, der Subsistenzmittel entbehrend, wird er zum Bettler und Vagabunden (cf. S. 44).

---

[1]) Hammaberg. Uebersetzt von Walter Berger. Leipzig 1895. Ziehen, Die Geisteskrankheiten des Kindesalters. Berlin 1902.

Gegenüber diesen activen Imbecillen zeigen die anergetischen oder apathischen Imbecillen ein ganz anderes Bild. Sie fallen in den ersten Lebensjahren durch eine gewisse Gleichgiltigkeit und Ruhe auf, sie verstehen nicht mit anderen Kindern zu spielen, stehen abseits, werden auch nicht selten als ganz besonders artig und folgsam geschildert. Der Defect zeigt sich bei ihnen erst deutlich, wenn sie in die Schule kommen, hier nicht fähig sind, ihre Aufmerksamkeit zu concentriren (Aprosexie) und damit das Vorgetragene zu begreifen. Sie bleiben in den untersten Klassen sitzen, und, aus der Schule entlassen, können sie, wenn sie in einen entsprechenden Beruf kommen, welcher besondere Ansprüche an selbständige geistige Thätigkeit nicht stellt, ihren Lebensunterhalt gewinnen, heirathen und, wenn keine besonderen Zwischenfälle kommen, ihr Leben beschliessen, ohne dass ihre geistige Inferiorität in weiteren Kreisen erkannt wurde. Aber auch bei diesen Imbecillen dürfen besondere Steine des Anstosses auf ihrem Lebenswege sich nicht entgegenstellen, sonst stolpern sie, und den Schwierigkeiten nicht gewachsen, erliegen sie materiell oder moralisch oder nach beiden Richtungen hin. Zu dieser Klasse der ruhigen Imbecillen, welche auf dem Lande als Feldarbeiter lediglich die Aufträge ihres Arbeitgebers in körperlicher Arbeit erfüllen, gehört auch eine Zahl jener Soldaten, welche an den neuen Aufgaben des Militärdienstes sehr bald scheitern und dann oft genug erst nach vielen Vorstrafen als geisteskrank erkannt werden.

Endlich ist noch eine dritte Reihe von Imbecillen zu erwähnen, welche, ohne besonders auffällige Störungen zu zeigen, in die Schule kommen, hier in der ersten Zeit, durch besondere Fähigkeiten hervorstechend, sogar als Wunderkinder imponiren. In einem gewissen Alter, besonders aber zur Zeit der Pubertät, bleibt jedoch die geistige Entwicklung stehen, ohne dass irgendwie ein neues schädigendes Moment eingetreten wäre. Zuweilen kommt dieser Stillstand ganz plötzlich, auf einmal schnappt es ab. Das Wissen schliesst mit dem bisher Erlernten ab.

In manchen Fällen kommt es jetzt meist mit hypochondrischen Klagen eingeleitet zu hebephrenischen Erscheinungen und der schnellen Entwicklung eines Blödsinns, welchen Morel als Demence précoce bezeichnet hat.

Bei der erworbenen Imbecillität leidet in der Regel im Wesentlichen nur die Intelligenz, jene Störungen in den Gefühlen und der Gemüthsthätigkeit, wie sie oben beschrieben sind, fehlen entweder ganz oder sind nur in geringem Grade entwickelt.

Specielle Symptomatologie.

1. Reproductionskraft.

Bei einer Reihe von Imbecillen ist das Gedächtniss ein gutes, zuweilen ein so gutes, dass man von einer Hypermnesie dieser Imbecillen gesprochen hat. In manchen Fällen zeigen Imbecille auf Grund dieses ausgezeichneten Gedächtnisses eine hervorragend einseitige Begabung, welche aber einen wesentlich mechanischen Charakter hat. So können Imbecille Rechenkünstler, Virtuosen auf dem Klavier, im Zeichnen u. s. w. werden, durch Sprachkenntnisse, Reproduction von Gesetzesparagraphen imponiren.

Bei der erworbenen Imbecillität pflegt das vor der Krankheit Erlernte reproducirbar zu sein, während für das Spätere das Gedächtniss geschwächt und die Fähigkeit, Neues aufzunehmen und festzuhalten, gering ist.

2. Das Denken.

Der Schwachsinnige reproducirt, was er gehört, was er gelernt, aber er producirt nicht. Bringt er Urtheile vor, so zeigen sie sich bei näherer Untersuchung als fertige Producte, welche er von Anderen übernommen hat. Ein wahres Verständniss derselben fehlt ebenso wie die Möglichkeit einer Rechenschaft darüber, auf welchem Wege das Urtheil entstanden ist. Daher sind auch jene Urtheile, wenn sie unvollständig oder unrichtig sind, schwer zu erschüttern oder zu widerlegen, da Vorstellungen, welche die Grundlage des Urtheils bilden, und welche man berichtigen könnte, nicht vorhanden sind. Der Imbecille sagt die zehn Gebote her, er kennt das Gebot, gegen welches er sich vergangen, er ist aber nicht im Stande, die Gründe einzusehen, welche zu dem göttlichen Verbot oder zu dem Paragraphen des Strafgesetzbuches, den er verletzt, geführt haben.

Die Associationen der Imbecillen sind krankhaft gestört, erstens indem ihnen die normale Kraft fehlt, und zweitens, indem sie sich zu langsam vollziehen.

Aus der mangelnden Kraft geht hervor der Mangel an Energie zur Ausführung dessen, was der Kranke zu thun beschlossen hat. Mit guten Vorsätzen wird öfter in eine neue Stelle gegangen, aber es fehlt an der Ausdauer, die begonnene Arbeit fortzuführen. Vieles wird begonnen, nichts beendet.

Wenn zu einer gesunden Kritik das schnelle Ineinandergreifen der Associationen, das gleichzeitige Auftreten von sich associirenden und contrastirenden Vorstellungen erforderlich ist, so wird bei der Langsamkeit, mit welcher sich die Associationen vollziehen, die Kritik bei den Imbecillen leiden. Imbecille sind daher meist leichtgläubig, werden verspottet, oft werden sie zu ihnen fremden Zwecken benutzt, und sehen sich dabei nachher in ihren eigenen Interessen geschädigt. Neue religiöse und politische Secten, Mysticismus, Spiritismus pflegen aus den erwähnten Gründen der mangelnden Kritik unter Imbecillen eine besonders grosse Zahl von Anhängern zu finden. Mit der geringen Kraft der Vorstellungen hängt die Unbeständigkeit der Aufmerksamkeit, d. h. die mangelnde Concentration auf eine bestimmte Vorstellung oder auf eine bestimmte Reihe von Vorstellungen zusammen. Die Aufmerksamkeit der Imbecillen ist, wenn sie überhaupt vorhanden, intermittirend.

Die psychometrische Untersuchung hat versucht, durch Zahlen die Herabsetzung von Kraft und Schnelligkeit der Associationen darzustellen. Ziehen findet bei imbecillen Kindern die mittlere Associationszeit, um zu

einer Zahl 1 hinzuzufügen = 705 Hundertstelsecunden, während diese bei gesunden Kindern im Durchschnitt 116 Hundertstelsecunden betrug.

Die Imbecillen zeichnet in der Regel ein hochgradig gesteigerter Egoismus aus. Schon im Elternhause oft den gesunden Geschwistern gegenüber zurückgesetzt, in der Schule getadelt und gezüchtigt, ins Leben getreten hier und dort zurückgewiesen und nicht im Stande, die Ursache des Scheiterns in der eignen geistigen Minderwerthigkeit zu erkennen, sehen sie überall Widersacher und glauben daher vor Allem genöthigt zu sein, ihr eigenes Interesse in dem Kampfe gegen die Aussenwelt an die Spitze zu stellen. Altruistischer Gefühle bar, steigern sie ihre Liebe zu dem eigenen Ich, und die übertriebene Sorge um das eigene Wohlbefinden führt nicht selten zu hypochondrischer Angst. Der Egoismus ruft auf der anderen Seite eine oft zu beobachtende Prahlsucht hervor, und der Trieb zur Befriedigung egoistischer Zwecke lässt bei dem Mangel oder der geringen Stärke contrastirender Vorstellungen unsittliche, strafbare Handlungen zu Stande kommen. Soweit es sich dabei um den Genuss, resp. den Schutz des Ich handelt, wird nicht selten eine besondere Schlauheit entwickelt.

Die Schädigungen, welche der Imbecille von anderen erfährt oder zu erfahren glaubt, steigern sein Misstrauen gegen die Umgebung öfter zu Beeinträchtigungsideen, ja zu ausgebildeten Wahnvorstellungen der Verfolgung, welche sich von den bei der Paranoia beobachteten durch ihre geringe Tiefe und durch den leichten Wechsel in denselben unterscheiden.

3. Anomalieen der Gefühle.

a) Die sinnlichen Gefühle. Manche Imbecille zeigen eine krankhafte Steigerung sinnlicher Gefühle: Gefrässigkeit, Neigung zu Excessen in Baccho et Venere, Andere wieder eine Herabsetzung, speciell im sexuellen Gebiete oder Perversitäten; zuweilen sind Abnormitäten nach dieser Richtung hin überhaupt nicht vorhanden. Ein Krankheitsgefühl besteht nur ausnahmsweise bei den Imbecillen.

b) Die Urtheilsgefühle. Wie die Vorstellungen an mangelnder Kraft leiden und daher oberflächlich sind, so sind auch die Urtheilsgefühle leicht dem Wechsel unterworfen. Herrschend bleiben die egoistischen, gering oder gar nicht vorhanden sind die altruistischen Gefühle. Freundschaft und Dankbarkeit bestehen so lange, als das eigene Wohl damit im Einklang steht, und werden dann nicht selten in den überschwenglichsten Ausdrücken gefeiert. Sie schlagen in das Gegentheil um und werden zu den schwersten Anschuldigungen, wenn das eigene Interesse anscheinend gefährdet ist. Was die religiösen Gefühle anbetrifft, so zeichnet sich der Imbecille oft durch eine verschwommene Sentimentalität aus; er flucht aber auf Gott und die Welt, wenn ihm ein Missgeschick widerfährt. Die Stimmung der Imbecillen ist entsprechend der Oberflächlichkeit der Vorstellungen und Gefühle wechselnd: bald deprimirt, bald exaltirt, bald trotzig, bald übermässig devot.

4. Das Handeln.

a) Eine Reihe von Imbecillen besorgen die ihnen zugewiesene Arbeit regelmässig und pünktlich, aber es darf, wie schon oben erwähnt, kein unerwartetes oder plötzliches Hinderniss sich ihnen in den Weg stellen.

Diese ruhigen Imbecillen fallen zuweilen weniger dadurch auf, dass sie abnorme Handlungen ausführen, als dadurch, dass sie unter den gegebenen Umständen gewisse Handlungen unterlassen, welche ein Gesunder ausführen würde.

b) Eine Reihe von Imbecillen sind zu einer Thätigkeit nur schwer zu bringen. „Morgen" werden sie anfangen. Sie sind früh nicht aus dem Bett zu kriegen, stehen stundenlang auf einem Fleck, brauchen lange Zeit, um sich anzukleiden u. s. w.

c) Es gibt Imbecille, welche leicht erregbar und reizbar, mit Mangel an Kritik, allerhand Phantasieen und Schwärmereien nachlaufen, und aus diesem Grunde nicht zu einem geordneten Leben kommen.

d) Eine vierte Reihe von Imbecillen zeichnet sich von Jugend auf durch eine Neigung zu unsittlichen Handlungen aus. Sie wurden als active Imbecille oben geschildert. Weitaus der grösste Theil derjenigen Kranken, welche man als moralisch Wahnsinnige beschrieben hat, gehört hieher (cf. S. 44).

Zuweilen richtet sich das Handeln vorzugsweise auf die Ausführung einer bestimmten Art von Verbrechen und man hat fälschlicher Weise dann von einer Monomanie (Kleptomonomanie u. s. w.) gesprochen, indem man die anderweitigen Krankheitserscheinungen übersah.

Mit Rücksicht darauf, dass bei den genannten Verbrechen die geistige Krankheit des Thäters nur zu oft nicht erkannt wird und das Motiv der strafbaren Handlung falsch beurtheilt wird, möge hier in Bezug auf das Zustandekommen jener unsittlichen und verbrecherischen Handlungen Folgendes hervorgehoben werden:

1. Der erwähnte krankhafte Egoismus drängt dazu, der eigenen Person möglichst viel Vortheile zuzuwenden.

2. Manche Imbecille wollen sich für die Schädigungen, welche man ihnen, wie sie glauben, absichtlich und ohne ihrerseits eine Veranlassung dazu gegeben zu haben, zugefügt hat, Genugthuung verschaffen, resp. sich rächen.

3. Der Mangel an sittlichen Gefühlen setzt der Ausführung der Handlungen ad 1 und 2 keine oder keine genügende Hemmung entgegen.

4. Der Mangel an Kritik lässt den Imbecillen die Folgen der beabsichtigten oder ausgeführten Handlung nicht erkennen.

5. Die leichte Bestimmungsfähigkeit durch Andere wird dem Imbecillen oft zum Unheil. Nicht selten ist er das Werkzeug für andere, gesunde Verbrecher. Hierher gehört auch die Erscheinung, dass die Imbecillen oft einen grossen Nachahmungstrieb zeigen.

6. Der Imbecille handelt oft impulsiv, der augenblicklichen Eingebung Folge leistend, die Stärke des Impulses verhindert die Ueberlegung, welche der Handlung vorausgehen soll.

7. Bei manchen Handlungen ist ferner die Intoleranz vieler Imbecillen gegen Alkohol in Betracht zu ziehen.

Diese activen Imbecillen sind als antisocial zu bezeichnen.

Die körperlichen Veränderungen, welche die Imbecillität begleiten, die Aetiologie und die Diagnose derselben, sollen im Zusammenhang mit den betreffenden Erörterungen bei der Idiotie behandelt werden.

Der Verlauf der Imbecillität zeigt in einer Reihe von Fällen ein unter Umständen bis in ein hohes Alter reichendes gleichmässiges Krankheitsbild. Zuweilen treten intercurrent Hallucinationen auf, welche eine Wahnbildung vermitteln können. Die Hallucinationen wie die Wahnbildungen zeigen sich entsprechend dem beschränkten intellectuellen Schatz nur wenig complicirt. Auf dem Boden der Imbecillität entstehen zuweilen periodisch vorübergehende Exaltations- und Depressionszustände, welche in der Regel eine weitere Schädigung der geistigen Kraft hinterlassen. Zuweilen entwickelt sich

Paranoia auf imbeciller Basis. Progressive Paralyse tritt nur in seltenen Fällen bei Imbecillen auf.

Die oft beobachtete Complication der Imbecillität mit Alkoholismus führt selbstverständlich die erheblichsten Schädigungen für den noch bestehenden Rest geistiger Kraft herbei.

2. Idiotie [1]).

Wir unterscheiden hier wie bei der Imbecillität:

a) Die congenitale Form.

Schon in den ersten Lebensmonaten werden die Kinder als abnorm erkannt. Bei dem Saugen an der Brust oder dem Trinken aus der Flasche zeigen sie grosse Unbeholfenheit, können Warze oder Pfropfen schwer fassen und festhalten. Manche schlafen andauernd und sind kaum zu wecken, andere schreien mit ebensolcher Hartnäckigkeit Tag und Nacht. Das Lächeln des sich entwickelnden Kindes fehlt ebenso wie das freudige Zappeln, wenn die einengenden Windeln entfernt werden. Körperliche Lähmungssymptome, Krämpfe, Degenerationszeichen lassen zuweilen schon in den ersten Monaten des Lebens die Diagnose der Idiotie sichern.

Im weiteren Verlauf zeigt sich der Defect, respective der Mangel der Entwicklung der geistigen Thätigkeit in mehr und minder auffallender Weise und in sehr verschiedenem Grade.

In dem höchsten Grade der Idiotie kommt es überhaupt zu einer geistigen Thätigkeit nicht, das Gesicht bleibt ausdruckslos, wird weder durch Lachen noch durch Weinen in Bewegung gesetzt, es kommt nicht zu einer Entwicklung der Sprache, höchstens werden unarticulirte Laute hervorgebracht, das Kind kennt seine nächste Umgebung nicht, es muss gefüttert werden oder schlingt gierig die Bissen hinunter, es verunreinigt sich andauernd, und in manchen Fällen kommt es auch nicht zu der Fähigkeit sich fortzubewegen.

Zwischen diesem höchsten Grade der Idiotie, bei welcher ein geistiges Leben vollständig fehlt, und der geschilderten Imbecillität giebt es eine grosse Reihe von Uebergängen, deren wesentliche Symptome die specielle Symptomatologie zeigen wird.

b) Die erworbene Form.

Das Kind zeigt keine Abnormitäten, bevor es von der Krankheit ergriffen wird, welche der weiteren Entwicklung des Gehirns

[1]) Idiot ist abgeleitet von ἴδιος, isolirt, getrennt von dem Anderen, weil er mit ihm nicht zu verkehren im Stande ist.

Halt gebietet. Hier fehlen in der Regel Degenerationszeichen. Je nach dem Alter, in welchem die Krankheit bei dem Kinde eintritt, und je nach der Intensität, mit welcher die Krankheit das früher Erworbene vernichtet, wird der Idiot während des späteren Lebens ein sehr verschiedenes Bild bieten.

Specielle Symptomatologie der Idiotie.

1. Die Sinneswahrnehmungen.

In den schwersten Formen der Idiotie kommt überhaupt eine Sinneswahrnehmung nicht zu Stande. Das Licht wird empfunden, aber die Bedeutung desselben nicht erkannt. Die Kinder hören, aber sie lernen das nicht verstehen, was mit dem Worte gemeint ist. Es fehlen dann auch die Identificationen, das Kind kennt die Mutter, kennt sein Bett nicht.

In einem Sinne, in welchem nie eine Wahrnehmung stattgefunden hat, können auch Hallucinationen später nicht auftreten. Im Uebrigen kommen bei Idioten intercurrente Hallucinationen vor, wenn sie auch nicht die Intensität und Bedeutung der Hallucinationen bei anderen Geisteskrankheiten haben. Infectionskrankheiten der Kinder, welche häufig Hallucinationen und Delirien bedingen, pflegen bei idiotischen Kindern nur ausnahmsweise und in beschränktem Grade jene hervorzurufen.

2. Die Reproductionskraft.

In schweren Fällen existirt überhaupt ein Gedächtniss nicht, in leichteren ist es vorhanden, und auf der Ausbildung desselben beruhen besondere Fähigkeiten, welche sich zuweilen bei der congenitalen Idiotie finden.

3. Das Denken.

Die Fähigkeit, Urtheile zu bilden, Schlüsse zu ziehen, fehlt den Idioten. Ist sie scheinbar vorhanden, so handelt es sich um Reproduction der Urtheile Anderer. Während manche Idioten addiren und subtrahiren können, erlangen sie nur ausnahmsweise die Fähigkeit, zu multipliciren und zu dividiren. Den Begriff der Zeit erwerben Idioten nicht, den des Raumes nur mangelhaft. Der dem Alter entsprechende mittlere Grad normaler Intelligenz wird oft als Vergleichsmittel benutzt, um den geistigen Zustand des Idioten zu kennzeichnen; man sagt z. B., ein zwölfjähriger Idiot steht auf der Höhe eines dreijährigen Kindes.

4. Die Gefühle.

Die sinnlichen Gefühle, das Hunger- und Durstgefühl, sind bei vielen Idioten abgeschwächt; darauf beruht auch der Mangel des Gefühls des Sattseins. Trotz des Masturbirens, das man bei vielen Idioten findet, ist nicht anzunehmen, dass sie ein gesteigertes sexuelles Gefühl haben. Oft äussert sich der Geschlechtstrieb gegen Andere in schamloser und rücksichtsloser Weise. Ein Krankheitsgefühl haben die Idioten nur ganz ausnahmsweise, und in Bezug auf die Urtheilsgefühle ist nur das egoistische Gefühl in der Regel stark ausgebildet.

Ihrem äusseren Verhalten nach unterscheidet man apathische oder anergetische Idioten von erethischen und versatilen, welch'

letztere bald heiter, unaufhörlich liebkosend und küssend, bald wieder weinend, schlagend und schreiend erscheinen.

Die bösartigen Idioten sind meist das Product einer rauhen Behandlung derselben, wiederholter Züchtigungen u. s. w.

Endlich giebt es noch Idioten mit andauernd gutmüthigem Charakter, welche als gesellige Idioten bezeichnet werden.

5. Die Sprache.

Ein Theil der Idioten ist stumm, entweder weil sie Wortbilder überhaupt nicht erworben haben (taubstumme Idioten), oder weil es ihnen an Vorstellungen fehlt, welche sie zum Ausdruck zu bringen haben (alogische Idioten, idiotische Stummheit), oder weil sie kein Bedürfniss haben, die Vorstellungen, welche sie besitzen, durch die Sprache zum Ausdruck zu bringen, oder weil ein motorisches Sprachcentrum sich nicht entwickelt hat oder durch Krankheit zerstört worden ist (motorisch-aphatische Idioten), oder endlich weil der motorische Leitungsapparat für die Sprachvorstellungen nicht entwickelt oder zerstört ist (anarthrische Idioten) (cf. S. 65).

Diejenigen Idioten, welche sprechen, bringen meist erst mit dem vierten Jahre oder noch später Worte hervor. Manche erwerben überhaupt nur einzelne Worte, bei anderen kommt es nicht zu einer normalen Satzbildung (Akataphasieen, Infinitivsprache), andere stammeln (Dysarthria litteralis). Selten ist Stottern bei Idioten, während dasselbe bei den Imbecillen häufig vorkommt. Manche Idioten lispeln, andere sprechen mit eigenthümlicher Betonung und endlich giebt es sogenannte „ewige Schwätzer" unter den Kranken mit acquirirter Idiotie, welche unaufhörlich sprechen, ohne das Gesprochene selbst zu verstehen. Trotz des Mangels der Sprache lernen manche Idioten recht gut singen.

Der Störung im Sprechen entspricht die im Lesen und Schreiben. Eine grosse Reihe von Idioten lernt überhaupt nicht lesen und weitaus die grösste Zahl derselben ist agraphisch.

6. Der körperliche Zustand.

Rachitis und Scrophulose ist eine sehr häufige Affection bei Idioten. Mit der letzteren in Zusammenhang steht das häufige Vorkommen adenoider Wucherungen im Nasenrachenraum, auf welche man das Unvermögen, die Aufmerksamkeit auf einen bestimmten Gegenstand zu concentriren, zu schieben versucht hat (Aprosexie, Guye). In der grossen Mehrzahl der Fälle finden sich bei Idioten sogenannte Degenerationszeichen, lange Arme, kurze Beine, abnorme Schädelbildungen, Störung der Zahnbildung u. s. w., wie sie oben beschrieben worden sind (cf. S. 71).

Auffallend häufig sind ambidextre Idioten, während Rechts- und Linkshändigkeit in gleicher Häufigkeit wie bei normalen Individuen vorkommen. Während ein Theil der Idioten schwerfällig und plump in seinen Bewegungen ist, zeigen andere eine affenartige Beweglichkeit. Oft werden automatische Bewegungen, Nicken, Schütteln des Kopfes, Hinundherbewegungen des Rumpfes beobachtet.

Als eine besondere Unterart des Idiotismus unterscheidet man die paralytische Imbecillität oder Idiotie, Zustände von körperlichen Lähmungen und Contracturen, welche in der Regel aus jenen Krankheitszuständen des Gehirns und seiner Häute hervorgegangen sind, die man als spastische Cerebralparalyse der Kinder[1]) bezeichnet. Die Lähmungen sind entweder hemiplegisch oder diplegisch oder paraplegisch, nicht selten mit Athetosis verbunden. Oefter kommen Abortivformen vor, welche sich lediglich in gesteigerten Sehnenreflexen, in Spasmen der unteren Extremitäten (Paraspasmus cerebralis) oder der oberen Extremitäten (Dispasmus cerebralis) ohne Lähmungen, in anderen Fällen nur durch einzelne Muskellähmungen auszeichnen (König).

Eine weitere Unterart des Idiotismus bildet diejenige Form, welche mit Epilepsie verbunden ist (epileptische Imbecillität oder epileptische Idiotie). Die epileptischen Anfälle treten bei den congenitalen Formen oft schon in den ersten Monaten nach der Geburt auf, können später verschwinden oder durch Aequivalente ersetzt werden. Im späteren Leben (gegen das 40. Lebensjahr) pflegen früher vorhanden gewesene epileptische Anfälle bei Idioten zu verschwinden.

Fast ein Drittel aller Fälle von Idiotie sind vorübergehend oder andauernd von epileptischen Anfällen begleitet.

7. Sinnesapparate und Hautgefühl.

5% aller Idioten haben angeborene oder erworbene Blindheit. Eine besondere Form derselben, welche man unter dem Namen der Sachs'schen familiären amaurotischen Idiotie (Warren Tay 1881)[2]) beschrieben hat, zeigt neben der Atrophie der Optici (in der Gegend der Macula lutea ein rother Fleck, von einem weissen Hof umgeben; nach den bisher vorliegenden Erfahrungen nicht angeboren, sondern im ersten Lebensjahr entstanden) Schwäche, resp. Lähmung der gesammten Körpermusculatur.

Seltener ist die congenitale oder acquirirte Taubheit bei den Idioten.

Tastsinn und Muskelgefühl pflegen herabgesetzt zu sein.

Die Reflexe bieten nur bei der paralytischen Form des Idiotismus Abnormitäten.

---

[1]) Wachsmuth, Cerebrale Kinderlähmung und Idiotie. Arch. f. Psych. 34. 3. 1901.

[2]) Frey, Neurol. Centralbl. 1901 S. 836.

Aetiologie. Das Verhältniss der Häufigkeit des Idiotismus bei Knaben und Mädchen ist wie 2 : 1. Auffallend gross ist der Procentsatz der Erstgeborenen (Langdowne 24%).

Das Verhältniss des angeborenen zu dem erworbenen Idiotismus beträgt 3 : 1.

Die Ursachen des Idiotismus können gegeben sein:

1. Im Keime: Heirathen unter Blutsverwandten, Zeugung in der Trunkenheit, grosse Altersdifferenz der Eltern, Geisteskrankheit oder schwere Neurose der Eltern, Alkoholismus (in 10—20% aller Fälle von Idiotie), Morphinismus der Eltern u. s. w.

2. In Schädlichkeiten, welche den Fötus treffen: Traumen des Uterus, psychische Shocks der Mutter, Erkrankungen der Mutter während der Gravidität, hereditäre Syphilis; selten hereditäre Tuberculose.

3. In Schädlichkeiten bei der Geburt: verzögerte Geburt bei Beckenenge, Anwendung des Forceps mit Impressionen und Fracturen der Schädelknochen. Diese Fälle sind in der Regel mit Little'scher Lähmung verbunden.

4. Von den nach der Geburt eintretenden Schädlichkeiten, bei welchen auch die hereditäre Anlage als Coefficient mitwirken kann, sind zu erwähnen Kopfverletzungen, das Binden des Kopfes des Kindes, Beruhigungsmittel (Alkohol, Mohnsaft u. s. w.), welche die Ammen resp. Pflegerinnen den Kindern geben, Erkrankungen des Kindes, besonders Cholera infantum, in den ersten Lebensmonaten, Scarlatina, auch Syphilis u. s. w.

Pathologische Anatomie[1].

Der Schädel zeigt sehr oft die früher beschriebenen Bildungsfehler (cf. S. 71 u. f.).

Mikrocephalie, Hydrocephalie, Skaphocephalie, Mongolentypus, Plagiocephalie, progenee Schädel, Nannocephalie werden beobachtet.

Broca bezeichnet als mikrocephal alle Gehirne von 1019 g oder weniger beim Mann, oder 907 g und weniger bei der Frau.

Er theilt die Mikrocephalie in wahre (lediglich Entwicklungshemmung), in Pseudomikrocephalie, wo krankhafte Processe nachzuweisen sind, und combinirte, die Verbindung beider.

Die mikrocephalen Idioten sind meist erregt, reizbar, mit lebhaftem Gesichtsausdruck, öfter geschwätzig, die hydrocephalen Idioten im Gegensatz dazu meist apathisch mit ausdruckslosem Gesicht, sehr wenig erregbar und wenig beweglich.

Pachymeningitis, Meningitis, Verwachsungen der Häute unter einander und mit der Hirnoberfläche werden oft bei Idioten gefunden.

Das Hirngewicht ist meist herabgesetzt, besonders aber bei

---

[1]) Schütte, Zusammenfassendes Referat. Centralbl. f. allg. Pathologie und path. Anatomie, 1900.

Mikrocephalen sehr gering. Doch finden sich einzelne auffallend schwere Gehirne, besonders bei tuberöser Hypertrophie des Gehirns.

Porusartige Defecte im Bereich des Grosshirns (Porencephalie, Heschl 1859), Mikrogyrie, feine Fältelung und Kerbung der Oberfläche mit sehr reichlichen geschlängelten und schmalen Windungen, zuweilen mit starker Entwicklung der grauen und geringer der weissen Substanz, Balkenmangel, mangelhafte Entwicklung des Operculum, des Kleinhirns, Heterotopie der grauen Substanz sind gelegentliche Befunde. Dahin gehören auch Hirnsklerose in verschiedener Ausdehnung und tuberöse Hirnhypertrophie. Dabei sind öfters Veränderungen im Rückenmark, Hydromyelie, Syringomyelie.

Die mikroskopische Untersuchung zeigt oft die Ganglienzellen in normaler Beschaffenheit und Häufigkeit. Es wird der abnorme Zustand dann vorzugsweise in der krankhaften Veränderung der Associationsfasersysteme zu suchen sein.

Der Verlauf ist bei der acquirirten Idiotie, besonders da, wo epileptische Anfälle häufig sind, ein progressiver, indem die geistige Schwäche mehr und mehr zunimmt. Intercurrent treten sowohl bei Imbecillität wie bei Idiotie Erregungs- und Depressionszustände auf. Schwere Fälle von Idiotie erreichen selten ein Alter von über 30 Jahren.

Diagnose. Zum Nachweis, dass Imbecillität oder Idiotie vorhanden ist, gehört in erster Reihe der Nachweis, dass ein chronischer Zustand geistiger Schwäche besteht. Es können im Kindesalter alle möglichen Formen von Geisteskrankheit auftreten, welche nicht zum Idiotismus zu rechnen sind. Ist ein chronischer Zustand geistiger Schwäche beim Erwachsenen nachgewiesen, so wird die weitere Frage sein, ob derselbe angeboren oder in früher Jugend entstanden oder ob er erst eingetreten, nachdem bereits die Entwicklung des Gehirns in normaler Weise sich vollzogen hat. Hier wird vor Allem die Anamnese zu entscheiden haben und dabei die Feststellung dessen, was der Kranke im Lauf seines Lebens bereits erreicht hatte. Ist Idiotismus nachgewiesen, dann wird weiter festzustellen sein, ob derselbe congenital oder erworben, ob er paralytisch oder epileptisch complicirt ist.

Differentiell-diagnostisch kommt bei der Imbecillität in erster Reihe in Betracht, ob es sich um ein geistig wenig entwickeltes Individuum in physiologischer Breite, oder ob es sich um einen Geisteskranken handelt. Der Grad der geistigen Entwicklung, welchen ein Mensch erreichen kann, ist nicht bloss abhängig von der normalen oder pathologischen Beschaffenheit des Gehirns, sondern auch von dem Beispiel, der Erziehung, dem Unter-

richt, kurz und gut, dem Milieu, in welchem der Mensch aufwächst. Es wird daher bei der Auffassung der Krankengeschichte eines Imbecillen die Geschichte seiner ganzen geistigen Entwicklung nicht zu umgehen sein. Was bei einem studirten Mann als schwachsinnig gilt, kann bei einem Kuhhirten normal erscheinen.

Bestehen körperliche Symptome der Hirnerkrankung, wie Lähmungszustände, Epilepsie, bestehen ausgedehnte und sehr erhebliche Degenerationszeichen, so wird das Zurückgebliebensein der geistigen Entwicklung leichter als krankhaft festgestellt werden können.

Die Grenze zwischen Idiotie und Imbecillität ist eine fliessende. Man bezeichnet mit Imbecillität denjenigen Grad des Idiotismus, bei welchem der Kranke noch im Leben steht, im Stande ist, einen Beruf zu ergreifen, während der Idiot ausserhalb des Lebens „extrasocial" ist.

Zu erwähnen ist endlich, dass die progressive Paralyse im Kindesalter den Eindruck eines Idiotismus machen kann. Hier wird der Nachweis hereditärer oder in den Kinderjahren erworbener Syphilis zusammen mit reflectorischer Pupillenstarre, Abnormitäten in den Sehnenreflexen, besonders paralytische Sprachstörung und der progressive Verlauf von diagnostischer Wichtigkeit sein.

Prognose. Der Idiotismus ist eine unheilbare Krankheit. Besserung in dem geistigen Zustande beobachtet man bei epileptischen Idioten nach entsprechender Behandlung der Epilepsie. Prognostisch am ungünstigsten in Bezug auf eine noch in gewissem Grade zu erreichende geistige Entwicklung ist die acquirirte Form der Idiotie.

Therapie. Die Prophylaxe muss die Berücksichtigung all jener Schäden bei der Ascendenz fordern, welche oben erwähnt sind: Widerrathen des Heirathens unter Blutsverwandten, der Heirathen von geisteskranken oder schwer nervenkranken Personen, Beschränkung in dem Genuss von Alkoholicis u. s. w.

Bei dem Imbecillen kann durch passenden Unterricht in einer seinen Fähigkeiten angemessenen Beschäftigung manches erreicht werden. Die Hilfsklassen und Hilfsschulen, welche jetzt in immer grösserer Ausdehnung errichtet werden, sind für einzelne Imbecille ein geeignetes Mittel.

Bei der Behandlung der Idiotie ist die erste Frage, ob die betreffenden Kinder in eine Anstalt zu bringen oder zu Hause zu behandeln sind. Nach Ablauf der ersten sechs Lebensjahre wird nur ganz ausnahmsweise ein Idiot in der Familie in passender Weise erzogen werden können. Sowohl die Rücksicht auf das kranke Kind wie auf vorhandene gesunde Geschwister, endlich auch auf nervöse Eltern gebietet die Uebersiedlung in eine Anstalt. Sind epileptische Anfälle vorhanden, so gebe man Brom mit oder ohne Belladonna in einmaligen täglichen Dosen von 2—3—4 g je nach dem Alter. Bei Hydrocephalus versuche man die Lumbalpunction oder auch die Punction des Schädels. Die Craniek-

tomie bei Idiotismus sollte nur dann ausgeführt werden, wenn Indicationen vorliegen, welche bei nicht idiotischen Zuständen die Trepanation berechtigt erscheinen lassen, wie Impressionen des Schädels, Fracturen desselben u. s. w. Die Mikrocephalie als solche bietet keine Indication.

Die Schilddrüsentherapie hat nur Werth bei dem cretinistischen Idiotismus (cf. diesen). Die Diät bei Idiotismus sei kräftig und reizlos. Alkoholica sind am besten ganz zu verbieten, um so mehr als Imbecille häufig genug dieselben schlecht vertragen.

II. Die functionellen Psychosen.

1. Delirium hallucinatorium[1]).

Das Delirium hallucinatorium ist eine functionelle Psychose, deren Beginn und Verlauf durch Sinnestäuschungen und durch eine erhebliche Beeinträchtigung des Selbstbewusstseins charakterisirt ist[2]).

Nach kurzem Vorläuferstadium (wenige Tage bis eine Woche), in dem Kopfschmerzen, Angstgefühl, meist auch vereinzelte Hallucinationen und besonders Schlaflosigkeit bestehen, tritt die Krankheit deutlich zu Tage, welche in dreifach verschiedener Weise verlaufen kann.

a) Delirium hallucinatorium activum.

Der Kranke redet irre, ist incohärent und wird durch lebhafte Hallucinationen, meist in mehreren Sinnen, öfter in allen Sinnen, welch erstre sich besonders durch ihren lebhaften Wechsel charakterisiren, in seinem Thun und Lassen bestimmt. Bald erscheint er übermässig heiter und glücklich, küsst und umarmt seine Umgebung, klatscht vor Freude in die Hände, bald erscheint er tief unglücklich, flucht und schlägt, was er erreichen kann. Zwischendurch kommen dann einzelne Ausrufe, welche auf kurze Zeit eine Wiederkehr des Selbstbewusstseins zeigen, wie: „Ich bin ganz wirr im Kopf". Die Wahnvorstellungen, welche producirt werden, entbehren jedes Systems, wild durch einander gehen Selbstbeschuldigungen und Grössenideen, Erzählungen phantastischer Geschichten aus dem eigenen oder dem Leben Anderer, welche er mit sich in Beziehung bringt.

---

[1]) Hallucinatorisches Irresein (Fürstner). Amentia (Meynert).
[2]) Wille, Arch. f. Psych. XIX, 1888. Séglas, Presse médicale 22, 1897. Meyer, Arch. f. Psych. 32, S. 780, 1899.

Der Kranke weiss nicht, wo er ist, er ist ebensowenig über die Zeit orientirt, verkennt die Umgebung, Personen und Dinge, welche um ihn sind. Zuweilen steigert sich die Erregung bis zur Tobsucht (cf. S. 57).

Allmälig lassen die Sinnestäuschungen nach, der Kranke wird ruhiger und in der Regel geht er im Laufe von einigen Monaten in Genesung über.

b) Delirium hallucinatorium passivum.

Der Kranke liegt ruhig im Bett oder geht angekleidet im Zimmer umher. Er spricht wenig oder gar nichts, doch sein Gesichtsausdruck zeigt die in ihm sich vollziehenden Vorgänge: bald lächelt er, bald wieder erscheint er ängstlich und erschrocken, schliesst die Augen fest oder starrt vor sich hin. Wie bei der ersten Form besteht ein vollständiger Mangel an Orientirtheit.

Aus dieser ruhigen Form entwickelt sich zuweilen ein ängstlicher Stupor (cf. S. 53). Der gespannte und ängstliche Gesichtsausdruck zeigt, dass depressive Vorstellungen den Kranken zu seiner Haltung zwingen, und der Reconvalescent erzählt, welch schrecklichen Situationen er in der Zeit seiner anscheinenden geistigen und körperlichen Starre durchgemacht hat. Seltener tritt ein Stupor mit katatonischen Zeichen auf.

c) In einer Anzahl von Fällen besteht ein Wechsel der Symptome der activen und der passiven Form.

Specielle Symptomatologie.

1. Illusionen und Hallucinationen. Gesichtsillusionen spielen bei dem Delirium hallucinatorium eine grosse Rolle und erscheinen mit als eine Hauptursache für die mangelnde Orientirung. Neben diesen und den Gehörshallucinationen in der verschiedensten Form sind die kinästhetischen Hallucinationen hervorzuheben. Die Kranken werden durch ein Schwanken ihres Körpers, als wenn sie z. B. auf der See wären, beunruhigt, sie fühlen sich im Bett herauf- und heruntergezogen, sie glauben in den Himmel gehoben oder in die Erde versenkt zu werden, und der Inhalt der Wahnvorstellungen entwickelt sich entsprechend dem weiteren Ausbau der Täuschungen.

Der Wechsel in den Hallucinationen zeichnet besonders die active Form aus, während die Stabilität jener die passive begleitet.

2. Wahnvorstellungen. Wie schon erwähnt, wechseln depressive und manische Vorstellungen in incohärenter Weise schnell mit einander ab. Bald ist der Kranke Gott der Vater, bald der Teufel in lebendiger Gestalt. Bald sieht er Alles in himmlischem Glanze, bald glaubt er, dass Alles durch Feuer zerstört wird.

Hervorgehoben soll als diagnostisch von Wichtigkeit werden, dass irgend ein System in Bezug auf die Verbindung der Wahnvorstellungen unter einander nicht besteht.

3. Die Gemüthsstimmung entspricht dem Inhalt der Wahnvorstellungen.

4. Für die Dauer der Krankheit besteht in der Regel ein gewisser Grad von Amnesie. Nur die Hauptereignisse pflegen genauer reproducirt werden zu können.

Zuweilen zeigt sich auch eine Amnesia retrograda in der Form, dass auch eine gewisse Zeit vor dem Beginn der Krankheit aus der Erinnerung ausgefallen ist.

5. Das Selbstbewusstsein ist in der erheblichsten Weise getrübt, im höchsten Grade der Krankheit völlig erloschen. Die Hallucinationen rufen mit ihrer Massenhaftigkeit und ihren wechselnden Bildern eine Verworrenheit hervor, welche zu den charakteristischen Symptomen des Delirium hallucinatorium gehört. Zwischendurch kommt es öfter zu einer plötzlichen, aber nicht lange anhaltenden Aufhellung des Selbstbewusstseins: „Wo bin ich?“ „Ich bin wohl verrückt gewesen“, u. s. w.

6. Die Sprache zeigt zuweilen Veränderungen, welche sich in Verbigeration, in Zungendelirium, manchmal auch in der Bildung fremdartiger Worte (Paraphrasia vesana) äussern.

7. Was die körperlichen Symptome anbetrifft, so pflegt der Schlaf schlecht zu sein, der Widerwille gegen die Nahrungsaufnahme kann sich bis zur Nahrungsverweigerung steigern. Dabei bieten Puls und Temperatur nichts Abnormes. Eine Steigerung der Körpertemperatur ruft den Verdacht auf körperliche Complicationen hervor. Die Sehnenreflexe pflegen stark zu sein, Symptome einer organischen Erkrankung des Centralnervenapparates fehlen.

Aetiologie. Eine grosse Reihe der an Delirium hallucinatorium leidenden Kranken kommt nicht zur Kenntniss der Psychiater, verläuft in den Wohnungen der Kranken, in den chirurgischen, inneren und gynäkologischen Kliniken. Männer werden häufiger befallen wie Frauen. Die Krankheit kommt besonders im dritten und vierten Lebensdecennium vor. Als prädisponirendes Moment wird wie bei den meisten Psychosen hereditäre Anlage zu betrachten sein.

Unter den directen Ursachen spielen die grösste Rolle die Infectionskrankheiten, das Puerperium (2/3 aller Fälle der sogenannten Puerperalpsychosen verläuft im Bilde des Delirium hallucinatorium), ferner Operationen, besonders Operationen am Unterleib, Steinschnitt u. s. w., sodann Traumen, welche mit psychischem Shock verbunden sind (Railway-brain).

Der Ausbruch ist in der Regel subacut, der Verlauf der oben geschilderte. Es giebt seltene Fälle, in denen das Delirium hallucinatorium periodisch auftritt.

Die Dauer der Krankheit schwankt zwischen 14 Tagen bis 6 Monaten, dieselbe kann auch über 1 Jahr dauern und noch in Genesung übergehen.

Die Ausgänge sind:

1. Genesung. Das Delirium hallucinatorium ist von allen functionellen Psychosen prognostisch weitaus die günstigste Form.

Der Procentsatz der Heilungen beträgt etwa 80 %; wenn die Irrenanstalten einen viel kleineren (45 %) angeben, so liegt dies darin, dass gerade die schnell und günstig verlaufenden Fälle überhaupt nicht in eine Irrenanstalt kommen, zu Haus oder in den erwähnten Krankenhäusern gesund werden.

2. Chronische Geisteskrankheit unter dem Bilde der secundären Demenz, zuweilen unter Verdichtung der vorhanden gewesenen Hallucinationen und Wahnvorstellungen zu einem System, zu einer Paranoia hallucinatoria chronica.

3. Der Tod, welcher entweder durch diejenige Ursache, welche die Psychose hervorgerufen hat (Operation, Trauma, Puerperalerkrankung u. s. w.), herbeigeführt wird oder durch Verletzungen, welche der Kranke im tobsüchtigen Stadium sich zuzieht oder von Anderen erleidet, oder endlich durch allgemeine Erschöpfung.

Diagnose. Zur Diagnose des Delirium hallucinatorium gehört:

1. Der Nachweis des höheren oder geringeren Grades von Trübung des Selbstbewusstseins.

2. Der Nachweis von Hallucinationen, welche das Krankheitsbild eingeleitet haben und beherrschen.

3. Das Fehlen von Symptomen einer organischen Gehirnkrankheit.

Die differentielle Diagnose hat Rücksicht zu nehmen:

1. Auf Fieberdelirien. Hier entscheidet der Thermometer und die Anamnese.

2. Auf Intoxications- und Abstinenzdelirien. Hier wird die Anamnese wie der Nachweis der den betreffenden Giften eigenthümlichen Krankheitserscheinungen die Diagnose sichern können.

3. Da die Symptome des Delirium hallucinatorium auch intercurrent bei Melancholie, bei Paranoia, im Anschluss an hysterische und epileptische Anfälle, bei Intoxicationszuständen auftreten können, so wird die Selbständigkeit des Krankheitsbildes, wenn man es als Delirium hallucinatorium bezeichnen will, festzustellen sein.

4. Von der Manie unterscheidet sich die active Form des Delirium hallucinatorium einmal durch die Massenhaftigkeit der Hallucinationen, welche jener fremd sind, andererseits durch den Wechsel von manischen und depressiven Stimmungen. Es besteht ferner nicht die Ideenflucht und die Ablenkbarkeit, welche die Manie auszeichnen.

5. Ebenso wird die passive Form der Melancholie von der passiven Form des Delirium hallucinatorium durch den Wechsel der Erscheinungen bei dieser und die geringere Trübung des Selbstbewusstseins bei jener diagnostisch zu verwerthen sein.

6. Die Wahnvorstellungen bei der Paranoia sind systematisirt, bei dem Delirium hallucinatorium fehlt jedes System.

7. Aeusserlich kann die Regungslosigkeit bei der Dementia acuta derjenigen gleichen, welche man bei der passiven Form des Delirium hallucinatorium trifft. Doch zeigt der Gesichtsausdruck und der Negativismus, welch letzterer öfter bei dem Delirium hallucinatorium vorhanden ist, den Gegensatz zu dem Verhalten des acut Dementen, bei welchem der Gesichts-

ausdruck völlige Leere und sein Verhalten gegen die Aussenwelt eine völlige Gleichgiltigkeit zeigt.

8. Von dem Collapsdelirium (H. Weber) unterscheidet sich die active Form des Delirium hallucinatorium nur durch die peracute Entstehung wie den schnellen, öfter zum Tode führenden Verlauf des ersteren. Das klinische Bild ist in den wesentlichen Zügen das gleiche.

9. Das sogenannte Delirium acutum geht mit Fieber einher, während das Delirium hallucinatorium nur bei Complicationen eine Temperatursteigerung zeigt.

Therapie. In der Mehrzahl der Fälle wird besonders bei der activen Form die Aufnahme des Kranken in eine Irrenanstalt erforderlich sein. Hauptsächlich dem plötzlichen Wechsel in den Erscheinungen ist die Aufsicht in der Privatwohnung nicht gewachsen. Aber auch bei der passiven Form wird besonders mit Rücksicht auf eine eintretende Nahrungsverweigerung eine Pflege im Hause sehr schwer sich durchführen lassen.

Ist der Kranke in der Anstalt vor Schädigungen Anderer und seiner eigenen Person sicher gestellt, so enthalte man sich einer Polypragmasie um so mehr, als die Erfahrung lehrt, dass diese Krankheit ohne Medicamente in der grossen Mehrzahl der Fälle heilt. Erforderlich ist vor Allem Bettruhe und reizlose Kost, zweckmässig sind lauwarme Einwicklungen oder prolongirte Bäder.

Andauernde Schlaflosigkeit bekämpfe man mit 1—2 Glas guten Bieres oder 1 Glas schweren Weines. Die Hypnotica versagen in den gewöhnlichen Dosen häufig ihren Dienst, regen zuweilen noch mehr auf, mit Duboisin kann man in Dosen von ½—1 mg vorübergehend Beruhigung und Schlaf erzielen. Besteht hartnäckige Nahrungsverweigerung, greife man zur Sonde und gebe ernährende Klystiere. Wo bei der stuporösen Form Schwäche des Pulses und oberflächliche Respiration andauern, empfehlen sich Kampherinjectionen, und bei Collapszuständen sind Kochsalzinfusionen anzuwenden.

2. Die Manie[1].

Die Manie ist eine functionelle Psychose, welche charakterisirt ist

1. Durch eine krankhafte Beschleunigung des Vorstellungsablaufs.
2. Durch eine gesteigerte Erregbarkeit der motorischen Hirncentren.

Wir unterscheiden vier Stadien im Verlauf der typischen Manie:

---

[1]) Von μανία, Wahnsinn — μανικός, rasend. Mittelalterliches Latein: Maniacus — insanus. Mendel, Monographie. Wien und Leipzig 1881.

1. Stadium initiale, welches durch das Gefühl des Abgeschlagenseins, Eingenommenheit im Kopfe, mangelnden Appetit und ungenügenden Schlaf sich auszeichnet.

2. Stadium exaltationis. Nach ein bis zwei Wochen schwinden jene Beschwerden, nur der Schlaf bleibt schlecht oder mangelhaft. Die Associationen gehen schnell von statten, sind von der normalen Hemmung befreit, die Ideen fliegen dem Kranken ohne Anstrengung reichlich zu, das Schreiben geht leicht, Witze und Pointen werden ihm unwillkürlich zugeführt. Das freie Spiel der Vorstellungen macht es dem Kranken leicht, grosse Pläne für die Zukunft zu entwerfen, in neue Unternehmungen sich einzulassen, und mit dem Wegfall früherer Hemmungen entwickeln sich Ueberschätzungsideen. Dementsprechend ist seine Stimmung hoffnungsvoll, freudig, dabei gern mit Anderen sich neckend, und aus der glücklichen Stimmung erwächst eine übertriebene Neigung, sich zu amüsieren, Kneipen, Theater, öffentliche Häuser aufzusuchen. Der Wegfall der Hemmungen macht die Maniaci in diesem Stadium durch die Rücksichtslosigkeit im Verkehr nach aussen, das Aufdecken gewisser Schwächen, gewisser Unregelmässigkeiten bei der Umgebung in den Anstalten zu sehr unangenehmen Gästen. Die gesteigerte motorische Beweglichkeit gibt sich in den glanzvollen, leuchtenden, aber unruhigen Augen, in lebhaftem Gebärdenspiel, in der unruhigen Bewegung der Finger und Hände, bei stärkerem Grade in der Neigung zum Vagabundiren kund.

Der ganze Zustand gleicht in den niederen Graden dieses Exaltationsstadiums dem des Angetrunkenseins, mit dem er auch öfters verwechselt wird.

Im weiteren Verlauf steigert sich der beschleunigte Ablauf der Vorstellungen zur Ideenflucht[1]), der Kranke kommt vom Hundertsten ins Tausendste, die auftauchende Vorstellung gelangt nicht zum Ende ihres Ablaufs und schon tritt eine neue in das Bewusstsein. Daraus ergibt sich ein Zustand von manischer Verworrenheit (cf. S. 49). Es gelingt jedoch, die Kranken selbst in diesem Zustande noch vorübergehend zu fixiren, und sie geben dann über ihre Lage, Person u. s. w. ausreichende Auskunft.

3. Stadium furoris. Die Exaltation steigert sich zur Tobsucht (cf. S. 57), die Kranken schreien, singen, tanzen, schlagen Fenster und Thüren ein, zerreissen ihre Kleider — und wenn ein Theil dieser gewaltsamen Handlungen wohl aus dem Widerstande gegen die

---

[1]) Aschaffenburg, Experimentelle Studien über Associationen. III. Theil. Ideenflucht aus Kräpelin's Physiolog. Arbeiten IV. 2. 1902.

Beschränkung ihrer Freiheit hervorgerufen wird, so sind doch andere lediglich Product der gesteigerten Erregung der psycho-motorischen Regionen. Aus den sich überstürzenden Reden sind dann meist noch Grössenideen zu erkennen. Schliesslich wird der Kranke in Folge des Tag und Nacht gleichmässig anhaltenden Lärmens und Schreiens heiser und kaum noch verständlich. Die Abstumpfung der sinnlichen Gefühle zeigt sich in der Unempfindlichkeit gegen Kälte und Hitze, dem mangelnden Bedürfniss von Speise und Trank, dem fehlenden Ermüdungsgefühl, welches tage-, selbst wochenlang ohne Pause die tobsüchtigen Handlungen auszuführen gestattet.

4. Stadium decrementi. Die Unruhe nimmt ab, vor Allem kehrt der Schlaf auf einige Stunden zurück, die Sinnestäuschungen, welche in dem dritten Stadium vorhanden waren, verblassen, der Kranke geht allmälig in Genesung über, nicht selten in der Weise, dass auch eine gewisse Katerstimmung, eine leichte Depression oder eine läppische Geschwätzigkeit (Moria) den Uebergang bildet. Tritt die Heilung nicht ein, so kann ein chronischer Zustand von Manie mit Abschwächung der geistigen Kraft sich entwickeln oder es tritt der Tod im Stadium furoris durch Erschöpfung oder durch Complication mit anderen Erkrankungen (Pneumonie) oder in Folge von Verletzungen (mit Septikämie) ein.

Zuweilen entwickelt sich nach dem Ablauf der manischen Erregung eine Melancholie, und erst nach Beendigung dieser tritt die definitive Heilung ein, ohne dass sich etwa weiterhin eine circuläre Psychose entwickelt.

Varietäten der Manie.

1. Hypomanie (Mendel), der mildeste Grad der Manie. Die Krankheit bleibt auf der Höhe eines mässigen Exaltationsstadiums stehen, wobei eine gewisse Selbstbeherrschung nicht fehlt, welche den Kranken vorübergehend ruhig und verständig erscheinen lässt. Zuweilen ist der beschleunigte Ablauf der Vorstellungen und die geistige Veränderung nur zu erkennen durch den Vergleich des betreffenden Menschen, wie er früher im normalen Zustande war und wie er jetzt sich zeigt. Manche dieser Fälle wurden früher als Folie raisonnante oder als Mania sine delirio beschrieben.

2. Recurrirende Manie (Wittkowski), zwei durch ein Intervall von einander getrennte Anfälle von Manie.

3. Mania gravis. In dem tobsüchtigen Stadium einer Manie, in welches die Krankheit nach kurzer Entwicklung gekommen ist,

treten Krämpfe ein (Zähneknirschen, Zuckungen im Gesicht). Mit lebhafter Beschleunigung des Pulses entwickelt sich eine Febris continua, die Temperatur steigt bis 41 ° C. und höher, der Tod tritt durch Collaps ein. Es handelt sich hier um eine Complication der Manie, welche in der Regel mittelst Infection und Septikämie nach einer Verletzung im tobsüchtigen Zustand entsteht. Ein Theil der Fälle von Delirium acutum (siehe S. 98) gehört hierher.

4. Mania periodica. Das geschilderte Bild der Manie kann periodisch auftreten. Die Entwicklung der Anfälle ist meist sehr schnell. Nach kurzen Zuständen von Angst, welche sich zuweilen zur Präcordialangst steigert, nach neuralgiformen Schmerzen — zuweilen in ganz bestimmten Nervengebieten — entwickelt sich unter Schlaflosigkeit in wenigen Tagen der Anfall und steigt sehr bald zu seiner vollen Höhe an. Er kann das Bild der Hypomanie, das der typischen Manie, auch bis zur Steigerung zum Furor zeigen. Wenn die einzelnen Anfälle häufig in Bezug auf ihre Art und Intensität selbst bis in die kleinsten Einzelheiten einander gleichen (photographische Treue), so kommen doch zwischendurch auch Anfälle mit wesentlich verschiedenen Bildern der Krankheit vor. Meist ist in der ersten Zeit der Entwicklung der Periodicität der Zwischenraum zwischen den einzelnen Anfällen ein längerer, allmälig kürzen sich jedoch die Intervalle ab und verlieren an Reinheit.

Specielle Symptomatologie.

1. Anomalieen der psychischen Functionen.

Hallucinationen sind nur in dem tobsüchtigen Zustande in ausgeprägter Weise und dann besonders im Gebiete des Gesichts vorhanden; Illusionen dagegen, besonders im Gesichtssinn, finden sich im Exaltationsstadium häufig. Die Hallucinationen selbst haben eine grosse Beweglichkeit und leichte Veränderlichkeit. Selten sind (im furiosen Stadium) Geschmacks- und Geruchshallucinationen.

Ein Krankheitsgefühl fehlt in der Regel oder tritt nur zwischendurch vorübergehend auf.

Die Thatsache, dass während des krankhaften Zustandes früher vorhanden gewesene körperliche Beschwerden nicht empfunden werden (corticale Anästhesie der Organgefühle, ebenso wie die des Muskel-, Durst-, Hunger-, Temperaturgefühls), veranlasst die Kranken öfter zu der Erklärung, dass sie sich nie so wohl gefühlt haben als jetzt.

Mit diesem Gefühl der Lust steht die Steigerung des Sexualtriebes in Zusammenhang, welche sich in Onanie, Satyriasis, Nymphomanie, in der typischen Manie wie in der Hypomanie in zweideutigen oder unanständigen Aeusserungen in guter Gesellschaft, Damen gegenüber u. s. w. äussert.

Die Urtheilsgefühle, speciell die ethischen, sind in der Regel herabgesetzt oder verschwunden.

Manische entkleiden sich ohne Schamgefühl völlig nackt, junge Mädchen aus der besten Gesellschaft bewegen sich in Ausdrücken, von denen man glaubte, dass sie nie in ihr Ohr gedrungen wären. Auf dem Verlust

jener Gefühle beruhen Majestätsbeleidigungen, Diebstähle u. s. w. in dem manischen Zustand.

Die Anomalie des Denkens hat bei der Manie im Wesentlichen eine Beschleunigung des Ablaufs der Vorstellungen zum Ausgangspunkt; sie wird in erster Reihe zur Ideenflucht[1]). Das, was die Associationen aber an Schnelligkeit gewinnen, verlieren sie an Tiefe und Schärfe. Die Schnelligkeit beseitigt resp. macht unmöglich das Dazwischentreten contrastirender Vorstellungen und damit die Kritik. Auf diesem Mangel beruht es dann auch, dass derartige Kranke aus unerheblichen Eigenschaften sofort Aehnlichkeiten identificiren (Delirium palingnosticum). Bei der Schnelligkeit, mit welcher sich die Associationen vollziehen, werden auch die Gesetze derselben über den Haufen geworfen, die Verbindung von Vorstellungen findet nicht nach sachlicher Begründung, sondern nach äusseren Merkmalen, oft nach dem Klang der Silben uud Worte u. s. w. statt (Allitteration, Assonanz, Klangassociationen) (cf. S. 65). Das Sprechen steigert sich von der Polyphrasie zu einem sinnlosen Zungendelirium. Die Zunge kann dem Ideenreichthum nicht folgen, Worte werden verschluckt, und dadurch erscheint der Kranke noch verwirrter, wie er wirklich ist.

Die manische Verworrenheit charakterisirt sich dadurch, dass der Kranke plötzlich mitten aus dem sinnlosesten Geschwätz heraus nicht bloss abzulenken, wie oben bemerkt, und dann verständig zu antworten im Stande ist, sondern auch ohne äussere Veranlassung aus sich heraus ein langes Gedicht fehlerlos hersagt oder eine Geschichte seines Lebens sachgemäss erzählt.

Die Wahnvorstellungen, welche expansiver Natur sind, sind Anfangs im Wesentlichen die der Selbstüberschätzung (Mania ambitiosa) und steigern sich später zu Grössenideen, ohne dass sie das Unsinnige des paralytischen Grössenwahns erreichen (cf. S. 21).

Das Gedächtniss zeigt eine in vielen Fällen sicher nachweisbare Steigerung (Hypermnesie), so dass die Kranken aus früherer Zeit Dinge reproduciren können, wozu sie in gesunden Tagen unfähig waren.

Wenn auch im Allgemeinen die Stimmung der Kranken entsprechend dem Gefühl der mangelnden Hemmung eine heitere und freudige ist, so ist sie doch auf der anderen Seite gleichzeitig reizbar und zornmüthig, besonders dann, wenn ihnen der Wille nicht geschieht. Oefter bemerkt man auch einen schnellen Wechsel der Stimmung, übermässiges Lachen und lautes Weinen in bunter Folge.

In Bezug auf die somatischen Functionen fallen vor Allem die Steigerung der Motilität, die Unruhe des ganzen Körpers, die gesteigerten Kraftleistungen auf, welche aber nicht einer absoluten Zunahme an Kraft zuzuschreiben sind, sondern nur aus dem Wegfall des normalen Ermüdungsgefühls resultiren. (Den manischen Gesichtsausdruck cf. S. 69.)

Das Körpergewicht nimmt erheblich ab, steigt mit der beginnenden Reconvalescenz, pflegt aber mit der vollzogenen Genesung nicht weiter sich zu vermehren, zuweilen sogar herabzugehen. Bei der periodischen Manie lässt sich zuweilen aus dem rapiden Fallen des Körpergewichts das Herannahen des Anfalls diagnosticiren (Fürstner). Der Urin zeigt eine Abnahme der Phosphorsäure (cf. S. 81).

Aetiologie. Die Manie ist eine seltene Geisteskrankheit. In der Häufigkeit der functionellen Psychosen nimmt sie neben der Dementia acuta die letzte Stelle ein. Sie wird besonders beobachtet im Alter von 15—25 Jahren in gleicher Häufigkeit beim männlichen

[1]) cf. Aschaffenburg l. c. S. 139.

und weiblichen Geschlecht. Sie kommt jedoch auch bei Kindern und bei Greisen vor.

In Bezug auf die erbliche Anlage bietet sie dieselben Verhältnisse wie die anderen functionellen Psychosen. Unter den speciellen Ursachen sind Traumen, Herzfehler (Mania cardiaca) hervorzuheben.

Warum in einem Falle die Manie nur einmal im Leben auftritt, um nie wiederzukehren, warum in einer grösseren Reihe anderer Fälle die Krankheit einen periodischen Verlauf nimmt, ist völlig unbekannt.

Der Ausbruch der Manie ist — abgesehen von den zuweilen acut sich entwickelnden Anfällen der periodischen Manie — selten plötzlich. Der Verlauf zeigt zahlreiche Remissionen und Exacerbationen sowohl in der Zeit bis zur Steigerung der Krankheit zur vollen Höhe, wie in der Zeit der Abnahme derselben. Die Dauer schwankt zwischen 3 und 9 Monaten. In Bezug auf die Mania transitoria cf. S. 98.

Die Ausgänge sind:

1. Heilung, welche in vier Fünftel aller Fälle eintritt.

2. Neigung zur Wiederkehr der Krankheit. Recidive können in derselben klinischen Form oder auch als Melancholie (cf. diese) auftreten.

3. Unvollständige Heilung (Heilung mit Defect), wobei eine gewisse Veränderung des Kranken, eine gewisse grössere Reizbarkeit und auf der anderen Seite eine gewisse Energielosigkeit mit leichter Abschwächung der geistigen Kraft zurückbleibt.

4. Secundäre Demenz, indem die Wahnvorstellungen der Tobsucht zwar abblassen, der Kranke ruhiger wird, die geistige Kraft aber und mit ihr auch das Gedächtniss in der Regel erheblich geschädigt bleibt (cf. S. 103). In manchen Fällen bleibt in diesem chronischen Zustande noch eine gewisse Neigung zu gesteigerter Erregung und zu tobsüchtiger Exaltation (chronische Manie).

5. Der Tod, welcher bedingt sein kann 1. durch Krankheiten, auf deren Boden die Manie entstanden ist, wie z. B. durch Herzkrankheit, 2. durch Verletzungen, welche der Kranke sich im tobsüchtigen Zustand selbst zugefügt oder von Anderen erlitten hat, mit nachfolgender Pyämie, Septikämie u. s. w., 3. durch Erschöpfung.

Diagnose. Als wesentliche Charakteristica der Manie sind: 1. der gesteigerte Vorstellungsablauf, 2. die motorische Unruhe, 3. der Mangel von Zeichen einer organischen Hirnerkrankung festzustellen.

Differentiell-diagnostisch kommen in Betracht:

1. Das manische Stadium der progressiven Paralyse. Hier sind von entscheidender Bedeutung gegen die Annahme einer Manie die Störungen der Sprache, die reflectorische Pupillenstarre, Veränderungen in den Sehnenreflexen und dann auch ein in der Regel nachzuweisender geistiger Schwächezustand.

2. Manische Erregungen bei Intoxicationen. Hier entscheidet die Anamnese wie die speciellen Veränderungen, welche die verschiedenen Gifte im Körper hervorrufen.

3. Tobsüchtige Zustände bei Epileptischen und Hysterischen zeichnen sich durch die acute und peracute Entstehung meist im Anschluss an Anfälle aus.

4. Das Delirium hallucinatorium (cf. dieses).

Ob eine manische Erregung einer periodischen Manie oder einer circulären Psychose angehört, kann mit Sicherheit nur die Anamnese oder der weitere Verlauf entscheiden. Im Allgemeinen spricht ein auffallend schneller Beginn mit Präcordialangst oder neuralgiformen Schmerzen, ein schneller Anstieg zur Höhe der Krankheit, dabei ein milder Verlauf, eine nicht bis zur Tobsucht sich steigernde Exaltation, Mangel der Verworrenheit und eine sehr erhebliche geistige Ablenkbarkeit selbst bei grosser Erregung für die periodische oder circuläre Form.

Prognose. Die Prognose der Manie ist als eine günstige zu bezeichnen. Ungünstig ist dieselbe bei der periodischen Manie, doch kommen auch hier Remissionen und selbst ein so langes Ausbleiben der Anfälle vor, dass man von einer Heilung sprechen kann. Plötzliches Aufhören der manischen Erregung ist ein prognostisch ungünstiges Symptom; es deutet auf circulären oder periodischen Verlauf.

Therapie. Die Diagnose „Manie“ wird in der Regel sowohl im Interesse des Kranken wie im Interesse der Allgemeinheit eine Sequestration des Kranken in einer Irrenanstalt folgen lassen. Sich selbst überlassen, steigert der Manische durch den Missbrauch von Alkoholicis und durch ausschweifendes Leben die Krankheit, gefährdet seine materielle Existenz durch leichtsinnige Ausgaben. Durch die Rücksichtslosigkeit seines Vorgehens wird er zur Gefahr für Andere. Ist derselbe in einer Anstalt, so ist die exspectative Methode der Behandlung am meisten zu empfehlen. Mit Bettruhe und Einwicklungen in nasse Tücher wird man in der Regel auskommen; tritt Tobsucht ein, so wird Isolirung erforderlich werden, vorübergehend auch bei anhaltender tobsüchtiger Erregung der Gebrauch von Chloralhydrat und Duboisin nicht zu entbehren sein. Opiate pflegen selten einen wesentlich beruhigenden Einfluss auszuüben.

Bei der periodischen Manie kann man Bromkalium in grossen Dosen, pro die 8—10 g, versuchen, in einzelnen Fällen habe ich von subcutanen Ergotininjectionen Erfolg gesehen. Atropininjectionen in der Zwischenzeit zwischen den Anfällen in Dosen von 0,0001—0,0002—0,0003 wurden von Hitzig empfohlen.

3. Die Melancholie [1]).

Die Melancholie ist eine Psychose, deren Ausgangspunkt und Grundlage eine krankhaft gesteigerte schmerzhafte Erregung der Psyche ist.

a) Melancholia simplex. Hypomelancholie (Ziehen).

Ohne oder ohne irgendwie erhebliche in den äusseren Verhältnissen begründete Ursache tritt ein Zustand von Traurigkeit ein. Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft erscheinen dem Kranken in düsteren Farben.

Einer meiner Kranken bezeichnet seinen Zustand identisch mit dem in Wilhelm Meister beschriebenen: Seit vielen Jahren hat er an nichts, was ausser ihm war, den mindesten Antheil genommen, ja, fast auf nichts gemerkt; bloss in sich gekehrt, betrachtete er sein hohles, leeres Ich, das ihm als ein unermesslicher Abgrund erschien. Wie rührend war es, wenn er von diesem traurigen Zustand sprach! Ich sehe nichts vor mir, nichts hinter mir, rief er aus, als eine unendliche Nacht, in der ich mich in der schrecklichsten Einsamkeit befinde; kein Gefühl bleibt mir, als das Gefühl meiner Schuld, die doch auch nur wie ein entferntes, unförmliches Gespenst sich rückwärts sehen lässt. Doch da ist keine Höhe, keine Tiefe, kein Vor noch Zurück, kein Wort drückt diesen immer gleichen Zustand aus.

Die traurige Verstimmung nimmt dem Kranken die Möglichkeit, in gewohnter Weise thätig zu sein, und diese Unthätigkeit giebt ihm Grund zu neuen Vorwürfen gegen sich selbst. Der Kranke fühlt sich gehemmt und dementsprechend ist auch das Denken verlangsamt, es wird ihm schwer zu einem Entschluss, zu einer Aufraffung zu kommen; dabei pflegt hartnäckige Schlaflosigkeit, Mangel des Appetits und starke Stuhlverstopfung zu bestehen. In einer Anzahl von Fällen beschäftigen den Kranken vorzugsweise seine moralischen Eigenschaften. Es beängstigt ihn das, was er gethan und was er nicht gethan hat, dass er seine Pflicht nicht erfüllt hat. In anderen Fällen bildet den Inhalt der Angst der körperliche Zustand und die Zukunft desselben; hypochondrische Klagen, Furcht vor Geisteskrankheit, vor Rückenmarksschwindsucht u. s. w. nehmen sein Sinnen und Trachten ein. Dabei fehlt es nicht

[1]) Von μέλας, schwarz, und χόλος, Galle.

an Selbstvorwürfen: „Wenn ich das anders gemacht hätte, wenn ich mich mehr in Acht genommen hätte, wäre es auch anders gekommen.“

Solche Zustände können 3—5 Monate dauern, zuweilen auch länger, zeigen in Bezug auf ihre Intensität vielfache Schwankungen, sind meist am Morgen schlimmer wie am Abend und führen allmälig zur Genesung. Sie haben eine grosse Neigung zu Recidiven, treten auch periodisch auf.

b) Melancholia typica.

Die krankhafte Veränderung der Gefühle kann betreffen: 1. die sinnlichen Gefühle, 2. die moralischen Gefühle, 3. beide, und wir unterscheiden danach eine Melancholia hypochondriaca, eine Melancholia moralis und eine Melancholia generalis.

1. Melancholia hypochondriaca.

a) Stadium depressionis. Es herrscht Furcht und Angst in Bezug auf den gegenwärtigen oder künftigen Zustand des Körpers und des Geistes, wie er bei der Hypomelancholie erwähnt wurde. Es fehlt schon in diesem Stadium nicht an gewissen Selbstbeschuldigungen.

b) Stadium melancholicum. Der Kranke beschränkt sich nicht mehr, seine hypochondrischen Klagen vorzubringen, sondern mit lebhaften Selbstbeschuldigungen über vorangegangene Onanie und Syphilis, über einen ausschweifenden Lebenswandel u. s. w. haben sich die hypochondrischen Empfindungen in excessiver Weise zu einem hypochondrischen Wahn verstärkt. Er hat überall bereits die Zeichen der Zerstörung seines Körpers durch die Syphilis wahrgenommen, seine Eingeweide sind verfault u. s. w.

Der weitere Verlauf ist den verschiedenen Formen gemeinsam.

2. Melancholia moralis.

a) Stadium depressionis. Dasselbe zeigt im Wesentlichen die Zeichen einer Hypomelancholie, allgemeines Unbehagen, unbestimmte Furcht, Verlangsamung des Vorstellungsablaufs, dabei Todesgedanken und auch Suicidialideen. Zwischendurch sieht man in diesem Stadium bereits plötzliche Steigerungen der Angst, welche sich in einem Raptus melancholicus ausdrücken können.

b) Stadium melancholicum. Der Kranke hat den Grund entdeckt, weshalb er traurig ist, er beschuldigt sich, gelogen, Meineide

geleistet zu haben, er habe seine Pflicht weder gegen Gott noch gegen die Menschen erfüllt (Versündigungswahn). Es werde ihn nicht bloss göttliche Strafe nach dem Tode treffen, man werde ihn schon jetzt wegen seiner Schuld verhaften, er hört die Polizei kommen, hört die Ketten klirren. Im Gegensatz zu der hypochondrischen Melancholie hört man von diesen Kranken, dass sie es für thöricht halten, wenn der Arzt sich die Zunge zeigen lässt, den Puls fühlt, da von einem körperlichen Leiden überhaupt nicht die Rede sein kann. Das äussere Verhalten der Kranken in diesem Stadium ist entweder ruhig, vollständig still oder nur mit gleichmässigem Wimmern und Seufzen erfüllt (Melancholia passiva) oder es drückt sich mit lautem Schreien, Jammern, unaufhörlichem Stöhnen aus, wobei es auch zu gewaltthätigen Handlungen gegen sich selbst, Zerreissen der Kleider, Ausraufen der Haare u. s. w. kommt (Melancholia activa oder agitata). In der höchsten Steigerung der mit Angst einhergehenden traurigen Stimmung kommt es in einer Reihe von Fällen zur ängstlichen Tobsucht (cf. S. 57), in anderen Fällen zum ängstlichen Stupor (cf. S. 53).

3. Melancholia generalis.

Die krankhaften Vorstellungen der Melancholia hypochondriaca und der Melancholia moralis verbinden sich. Zuweilen sind es erst hypochondrische Ideen, denen später der Versündigungswahn folgt. Die Krankheit, die Zerstörung der inneren Organe u. s. w. ist die Strafe Gottes für alle begangenen Sünden. In anderen Fällen ist zuerst der Versündigungswahn, welchem die hypochondrischen Wahnvorstellungen folgen, indem Gott für die Sünde sie straft. In anderen Fällen entwickeln sich beide Reihen von Vorstellungen in inniger Verbindung unter einander gleichzeitig.

Die geschilderten Zustände in den drei verschiedenen Formen können allmälig unter Nachlass der Erscheinungen, zuweilen mit einem Uebergangsstadium von einem hochgradig entwickelten Heimweh, wenn die Kranken sich fern von Haus befinden, zur Heilung übergehen. In anderen Fällen entwickelt sich unter Abblassung der Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen ein geistiger Schwächezustand, in welchen der frühere depressive Zustand mit seinen krankhaften Vorstellungen noch hineinleuchtet. Der Tod endlich erfolgt in einer gewissen Zahl von Fällen durch Suicidium, in anderen durch Erschöpfung, speciell in Folge von Nahrungsverweigerung, in anderen durch hinzutretende Krankheiten innerer Organe, unter denen die Tuberculose die häufigste ist.

Unter dem Einfluss der Pubertät, zuweilen auch anderer unbekannter Ursachen, kann der Verlauf der Melancholie, besonders der hypochondrischen Form derselben, ein eigenthümlicher werden und schnell zur Demenz führen. Hierher gehört ein erheblicher Theil der Fälle von Hebephrenie und Katatonie, deren häufiger Ausgang die Dementia praecox ist (cf. S. 89 u. 103). In dieser spielen zuweilen die leidenden und verfolgten Helden aus Märchen und Romanen, welche der Kranke gelesen, und mit denen er sich in kindischer Weise identificirte, eine grosse Rolle.

Specielle Symptomatologie.

1. Illusionen und Hallucinationen. Dieselben sind in der Melancholie durchweg ängstlicher Natur, häufig den Kranken tadelnd und ihn bedrohend und haben in der Regel einen mehr stabilen Charakter. Hallucinationen fehlen im Stadium depressionis, bilden sich dagegen in reichlichem Maasse im Stadium melancholicum aus. Die Kranken sehen das Feuer, in dem sie verbrannt werden sollen, den Teufel, welcher sich ihrer bemächtigen wird. Sie hören das jammernde Schreien ihrer Kinder, die Schritte der Polizei, welche sie verhaften will, sie riechen und schmecken giftige Substanzen, welche als Strafe für ihre Uebelthaten zu ihrer Vernichtung bestimmt sind. In der hypochondrischen Form sind es besonders die Hallucinationen des Organgefühls, welche das Krankheitsbild des melancholischen Stadiums erfüllen. Die Kranken fühlen ihren Kopf von Glas, die Arme von Holz, die Eingeweide verfault, den Magen herabgesunken, den After verschlossen, die Geschlechtstheile geschrumpft oder ganz in den Bauch hineingezogen.

2. Charakteristisch ist für die Melancholie die Verlangsamung des Zuges der Vorstellungen. Das ganze psychische Verhalten wird dadurch monoton. Die Wahnvorstellungen sind depressiver Natur (cf. S. 22). Sie stehen zum Theil im Zusammenhang mit den augenblicklichen Hallucinationen und deuten ihnen entsprechend die gegenwärtigen Ereignisse um. In der Regel aber wird auch die Vergangenheit im Sinne des bestehenden depressiven Wahns, besonders im Sinne der Selbstanschuldigungen umgedeutet. Bei der hypochondrischen Melancholie richten sich die Vorstellungen auf das Gefühl der krankhaften Veränderung oder Vernichtung der Organe, bei der moralischen Form glaubt sich der Kranke materiell ruinirt und sittlich entehrt. Mit diesen depressiven Vorstellungen im innigen Zusammenhang steht die Selbstbeschuldigung, der Versündigungswahn. Die Verfolgungsvorstellungen sind die Consequenz jener. Der Kranke betrachtet die Verfolgung als eine gerechte Strafe für seine Handlungsweise (cf. S. 23).

Als Consequenz der wahnhaften Auffassung des Ichs entsteht dann der Verarmungswahn, der Wahn, allein gelassen zu werden, welcher besonders häufig bei der senilen Form der Melancholie beobachtet wird.

In manchen Fällen von Melancholie bildet sich ein Verneinungswahn (cf. S. 26) aus. Der Kranke hat keinen Magen, keinen Mastdarm, kein Blut mehr, er existirt nicht, es existiren überhaupt keine Menschen, keine Häuser mehr u. s. w. All diese Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen steigern selbstverständlich die ursprünglich vorhanden gewesene Furcht und Angst. Zuweilen drücken sich die Uebertreibungen der Melancholiker als Mikromanie aus, „man wird mir jedes Glied einzeln abhacken“, „ich habe alle Sünden der Welt begangen“ u. s. w. (cf. S. 22).

3. Die Anomalieen der Gefühle, welche bei dieser Krankheit die primäre Affection darstellen, zeigen sich zuweilen in einem späteren Stadium der Krankheit in der Art, dass bei dem vorhandenen psychischen Schmerz

eine Anästhesie der Gefühle in Bezug auf diejenigen Personen besteht, welche sonst am ehesten geeignet waren, das Gemüth zu beruhigen (Anaesthesia dolorosa).

4. Das Gedächtniss ist nicht gestört, aber die Reproduction arbeitet langsam, wie jede andere psychische Thätigkeit. In der Regel besteht eine gute Erinnerung für das, was während der Krankheit passirt ist.

5. Die Sprache ist langsam, schwerfällig wie das Denken und Handeln. Die Lippen bewegen sich sehr wenig, es kommt kaum ein deutlicher Laut heraus. In anderen Fällen kommen nur abgerissene Sätze, von Seufzern und Stöhnen unterbrochen, zum Vorschein. Zuweilen ist der Kranke völlig sprachlos, entweder vor Angst oder aus Unfähigkeit, die Worte zu associiren, oder weil Wahnvorstellungen oder Sinnestäuschungen oder beide ihm das Sprechen verbieten.

6. In Bezug auf das Handeln überwiegt der Negativismus, der passive Widerstand gegen Alles, was er thun soll. Auf jenen ist auch zuweilen die Nahrungsverweigerung zu schieben. Man lasse sich durch die Ruhe des Kranken nicht täuschen. Es kommt vor, dass der monatelang jede Bewegung ablehnende, im Bett liegende Kranke sich plötzlich unbeaufsichtigt sehend erhebt und mit grosser Energie Selbstmord ausübt.

Der Selbstmord spielt bei der Melancholie in den verschiedensten Formen die grösste Rolle. Der Drang dazu ist zuweilen so stark und füllt das ganze geistige Leben so aus, dass man von einer Melancholia suicidii gesprochen hat. Ebenso kommt Selbstverstümmelung bei Melancholischen häufig vor. (Ueber die Motive zum Selbstmord cf. S. 105 u. 106.) Im Raptus melancholicus kommt es nicht selten zu gewaltthätigen Handlungen gegen Andere.

7. Von den körperlichen Symptomen ist die Schlaflosigkeit und das Fehlen des Appetits, die mangelnde Nahrungsaufnahme am constantesten. Das Gesicht zeigt im Gebiete des oberen Facialis krampfhafte Zusammenziehungen (cf. S. 69), während zuweilen das Gebiet des unteren Facialis schlaff erscheint, die Mundwinkel herabhängen, der Mund offen steht, Speichel herausfliesst. Dabei ist das Gesicht nach dem Boden gerichtet. Die Zunge wird kaum herausgestreckt, das Essen geht langsam, der Bissen oder die genommene Flüssigkeit wird im Munde lange hin und her bewegt. Ebenso sind die Bewegungen mit den Armen langsam, schwerfällig, beim Gehen macht der Kranke kleine Schritte. Die Muskeln erscheinen oft schlaff, zuweilen hypotonisch, in anderen Fällen zeigt sich eine abnorme Spannung. Mit der Spannung verbindet sich nicht selten der Zustand der Flexibilitas cerea (cf. S. 53). In Bezug auf die vasomotorischen Nerven ist zu erwähnen, dass in der Regel bei der Melancholie eine arterielle Hypotension besteht. Es ist allgemeines Kältegefühl vorhanden, Hände und Füsse fühlen sich kalt an und haben einen gewissen Grad von Cyanose. Das Weinen ist thränenlos. Auf die Affection der vasomotorischen Nerven ist die Präcordialangst (cf. S. 77) zu schieben, welche die Melancholie in der Regel von ihrem ersten Beginn an begleitet. Als eine Aeusserung der präcordialen Angst mit gewaltsamer Entladung nach aussen sind die Zustände von Raptus melancholicus zu bezeichnen.

In der Melancholie pflegt der Puls klein und langsam zu sein, die Zahl der Athemzüge ist herabgesetzt, die Zunge erscheint trocken, Zahnfleisch und Lippen sind oft mit fuliginösem Belag bedeckt.

Der Magen zeigt oft einen Ueberschuss an freier Salzsäure, der Urin ist sowohl in Bezug auf seine Quantität wie in Bezug auf den Gehalt an festen Bestandtheilen herabgesetzt. Die Erdphosphate sind an Menge vermehrt. Die Menstruation bleibt häufig während der Krankheit aus, kehrt im Beginn der Reconvalescenz zurück, zuweilen aber auch erst, nachdem die Genesung eingetreten ist. Die Körpertemperatur ist subnormal, zuweilen

mit Typus inversus, das Körpergewicht pflegt in der Melancholie sehr erheblich zu sinken.

Aetiologie. Nächst dem Delirium hallucinatorium ist die Melancholie die häufigste unter den functionellen Psychosen. Sie tritt häufiger beim weiblichen als beim männlichen Geschlecht ein. Das Alter ist beim männlichen und weiblichen Geschlecht zwischen 20 und 30, beim weiblichen Geschlecht dann zwischen 45 und 50, beim männlichen zwischen 50 und 60 das bevorzugte. Die Pubertät wirkt öfter disponirend zur melancholischen Erkrankung und ist häufig auch die Veranlassung zu einem abnormen ungünstigen Verlauf der Krankheit. Dasselbe gilt von dem beginnenden Greisenalter, indem die senile Melancholie öfter in senile Demenz übergeht. Unter den directen Ursachen spielen psychisch deprimirende Einflüsse eine erhebliche Rolle, aber auch solche, welche zuerst freudig erregend wirken, können bei Prädisponirten schädlich wirken. So kommt es bei Verlobten, besonders beim weiblichen Geschlecht nicht selten zum Ausbruch einer Melancholie, indem die Kranken klagen und jammern, dass sie ihre Pflichten als Frau nicht werden erfüllen können, indem sie sich vorwerfen, dass sie ihren Verlobten nicht lieben. Bei Männern kommen unter jenen Verhältnissen besonders melancholische Klagen über Jugendsünden, hypochondrische Angst, ob sie potent sein werden u. s. w. vor. In derselben Weise entwickeln sich Melancholieen nicht selten in der jungen Ehe bald nach der Hochzeit, in der Hochzeitsnacht. Das Puerperium, Störungen in den Unterleibsorganen, Onanie, Spermatorrhoe mit ihren schwächenden Einflüssen können Ursache für die Entstehung der Melancholie werden.

Der Ausbruch der Krankheit ist meist allmälig, nur ganz ausnahmsweise plötzlich, der Verlauf in der Regel mit Exacerbationen und Remissionen zu seiner Höhe ansteigend, ebenso in seinem Gange zur Heilung der Krankheit. Es giebt auch eine periodische Melancholie, besonders häufig zeigt sie sich in der Form der Melancholia simplex, die bei manchen Patienten jedes Frühjahr oder jeden Herbst wiederkehrt. Viele derjenigen Fälle, welche als periodische Manieen beschrieben worden sind, weisen bei genauer Analyse die Erscheinungen einer Melancholie nach.

Die remittirende Melancholie ist eine chronische Melancholie von geringer Intensität der Erscheinungen mit zeitweise in gewissen Zwischenräumen sich erneuernden heftigen Anfällen der Krankheit.

Die Dauer der Krankheit ist selten unter 3—4 Monaten, ausgebildete Fälle kommen vor 9 Monaten bis 1 Jahr nicht zur

Genesung. Es giebt auch solche, die mehrere Jahre dauern und dann noch genesen.

Ausgänge.

1. Genesung. Die Melancholia simplex führt regelmässig zur Genesung, oft aber zu Recidiven. Die Melancholia typica wird in etwa 60% aller Fälle geheilt. Die Heilung erfolgt allmälig, ausnahmsweise ganz plötzlich. Recidive einer psychischen Krankheit, zuweilen erst nach 10 Jahren und später, sind häufig, sie erfolgen dann meist unter derselben klinischen Form, zuweilen auch als Manie.

2. Der Uebergang in einen secundären Zustand, chronische Melancholie, secundäre Demenz (cf. S. 103).

3. Der Tod, besonders durch Suicidium, Erschöpfung oder Tuberculose.

Diagnose. Zur Diagnose der Melancholie gehört 1. depressive Stimmung, 2. psychische Hemmung, 3. Selbstbeschuldigung, 4. Mangel aller Erscheinungen, welche auf eine complicirte Psychose, auf eine Intoxications- oder organische Psychose hinweisen.

Differentiell-diagnostisch kommen in Betracht:

1. Progressive Paralyse. In dem depressiven Stadium oder bei der depressiven Form derselben kann das Bild in Bezug auf den geistigen Zustand dem der Melancholie gleichen. Störungen der Sprache, starre Pupillen, paralytische Anfälle sichern die Diagnose.

2. Paranoia. Die Verfolgungsvorstellungen kann der Paranoiker in derselben Weise äussern wie der Melancholische. Der Paranoiker aber glaubt sich verfolgt, weil gewisse Menschen ihm feindlich gesinnt sind, ohne dass er ihnen selbst eine Veranlassung dazu gegeben hat, oder weil sie ihn fürchten. Er stellt sich den Verfolgern feindlich gegenüber und widersetzt sich ihnen. Der Melancholiker hält die Verfolgungen für berechtigt, öfter allerdings für zu grausam, zuweilen aber auch noch nicht streng genug mit Rücksicht auf seine Missethaten.

3. Delirium hallucinatorium (cf. dieses).

4. Ob der melancholische Zustand eine Theilerscheinung einer circulären Psychose oder ob derselbe einer periodischen Melancholie angehört, kann mit Sicherheit nur aus Anamnese oder Verlauf geschlossen werden. Sehr milde verlaufende Melancholieen erwecken den Verdacht auf Periodicität.

5. Melancholiker dissimuliren nicht selten, speciell um ihre Umgebung zu täuschen, um sich selbst den Weg aus der strengen Bewachung oder aus der Anstalt frei zu machen und dann sich das Leben zu nehmen. Ein genaues Examen, besonders auch die Beobachtung des Kranken in der Nacht, wird hier vor Täuschung bewahren.

Prognose. Die Prognose ist bei der Melancholia simplex günstig, doch sind Recidive oder Periodicität zu fürchten. Bei der typischen Melancholie ist nach dem oben angegebenen Procentsatz der Heilungen die Prognose nicht ungünstig. Sie verschlechtert sich in erheblicher Weise, wenn die Melancholie den Verlauf einer Katatonie annimmt.

Therapie. Bei der Behandlung der Melancholie ist in erster Reihe die sorgfältigste Ueberwachung des Kranken nothwendig. Ist dieselbe unter besonders günstigen Verhältnissen im Hause möglich, dann kann man den Melancholischen in seiner Wohnung, indem man ihm einen isolirten Raum anweist und unter passender Bewachung im Bette liegen lässt, behandeln. Für die grosse Masse der Bevölkerung sind jene Vorbedingungen nicht gegeben, und deshalb gehört ein Melancholiker in die Anstalt. Sei er aber im Haus oder in der Anstalt, so wird in erster Reihe zu beherzigen sein, dass da, wo die Diagnose „Melancholie“ gestellt worden ist, der Verdacht auf Selbstmord, auch wenn der Kranke nichts nach dieser Richtung hin geäussert hat, besteht und also die schärfste stete Ueberwachung erforderlich ist und der Kranke auch nicht den sogenannten „Augenblick“ allein gelassen werden darf.

Bei der hypochondrischen Melancholie hat die genaueste Untersuchung sämmtlicher Organe jedem Heilverfahren vorauszugehen und die Rücksichtnahme auf etwaige Veränderungen in den Organen einen wesentlichen Bestandtheil der Therapie auszumachen.

Im Uebrigen sind Bettruhe, gute Ernährung, Einwicklungen, protrahirte Bäder in allen Fällen wichtige therapeutische Mittel.

Seit langer Zeit erfreut sich mit Recht die Opiumbehandlung [1]) bei der Melancholie eines guten Rufes (cf. S. 115). Man kann hier allmälig selbst bis zur Dosis von 1,0 g pro die gehen. In anderen Fällen wirken Morphiuminjectionen (cf. S. 116) besser, man beginne mit 0,015, steigere auf 0,03, selbst 0,06 dreimal täglich. Tritt bei den Morphiuminjectionen Erbrechen ein, so setze man kleine Dosen Atropin zu der Morphiumdosis zu. Dabei gebe man zu jedem Essen einige Tropfen Salzsäure, um die Verminderung der Salzsäuresecretion im Magen aufzuwiegen.

Bei passiver Melancholie empfiehlt sich zuweilen Spiritus vini rectificatissimus thee- bis esslöffelweise mehrmals täglich (Mendel, Obermeier). Als Schlafmittel kann man Trional, Paraldehyd, in sehr hartnäckigen Fällen Chloralhydrat geben (cf. S. 117). Von der grossen Mehrzahl anderer Mittel, welche empfohlen worden sind, wie z. B. Digitalis, Phosphor, Helleborus, ist nicht viel zu erwarten. Die Nahrungsverweigerung bekämpfe man mit Nährklystieren und Schlundsonde (cf. S. 117 u. 118).

Obwohl die Entlassung aus der Anstalt erst erfolgen soll, wenn der Kranke hergestellt ist und besonders wenn die Reconvalescenz

---

[1]) Ziehen, Therap. Monatshefte, 1889.

sich durch eine erhebliche andauernde Zunahme des Körpergewichts zeigt, so giebt es doch Fälle, in denen Melancholiker, welche ein sehr ausgesprochenes Heimweh in der Anstalt haben, versuchsweise unter strenger Bewachung zu Haus entlassen werden können. Zuweilen tritt hier die Genesung auffallend schnell ein.

4. Die circuläre Psychose[1]).

In einer gewissen Anzahl von Fällen zeigt sich die Geisteskrankheit zusammengesetzt aus zwei entgegengesetzten Zustandsbildern, dem manischen und depressiven (Kahlbaum's Psychosis typica; manisch-depressives Irresein, Kraepelin). Einer solchen Krankheit kann dauernde Genesung folgen; es kann in einem Recidiv dasselbe Bild, oder auch nur eine Manie oder eine Melancholie auftreten; es kann auch als Recidiv einer Manie oder Melancholie ein manisch-depressives Irresein auftreten.

Nur diejenigen Psychosen, welche in einem mehr oder minder regelmässigen Wechsel melancholische Depressionen und manische Exaltationen zeigen, bezeichnen wir als circuläre Psychosen und zwar als intermittirende, wenn ein Intervall zwischen den einzelnen Phasen der Krankheit liegt, und als continuirliche, wenn ein solches Intervall nicht vorhanden ist. Im weiteren Verlauf der Krankheit wird aus der intermittirenden Form öfter die continuirliche. Da, wo sowohl das melancholische wie das manische Stadium in der allermildesten Form auftreten, kann man von Cyclothymie (Hecker) sprechen. Im Uebrigen zeigen sich alle Grade der Entwicklung der Manie und der Melancholie bei dem manischen und melancholischen Stadium der circulären Psychose.

In der Mehrzahl der Fälle beginnt den Cirkel die Melancholie, nachdem ihr nicht selten eine Aura mit Parästhesieen, gastrischen Beschwerden, Schlaflosigkeit, zuweilen auch einzelnen trophischen Störungen, wie z. B. Herpes, vorhergegangen ist. In anderen Fällen besteht die Aura in einer grossen Neigung zum Schlaf, allgemeiner Abgeschlagenheit, Herzklopfen, Rückenschmerzen u. s. w. In der Regel ist das depressive Stadium besonders stark ausgebildet, zuweilen so stark, dass das manische Stadium als krankhaft verkannt und nur als physiologische Reaction, Entfernung des Alps, welcher während des melancholischen Stadiums auf dem Kranken

---

[1]) Hoche, Ueber die leichteren Formen period. Irreseins. Halle 1897. Pilcz, Period. Geistesstörungen. Jena 1901. Ziehen, Neurol. Centralbl., 1896.

lastete, betrachtet wird. Immerhin wird die Vielgeschäftigkeit, die grosse Rührigkeit, die Neigung zu allerhand Unternehmungen deswegen nicht als normal betrachtet werden können, weil dem Betreffenden doch immer bei voller Ueberlegung die Thatsache vorschweben müsste, dass er wieder erkrankt. Dazu kommt, dass in der Regel auch eine abnorme Reizbarkeit in diesem manischen Stadium besteht. Das manische Stadium ist in anderen Fällen aber sehr deutlich ausgeprägt, sehr selten steigert es sich aber bis zur tobsüchtigen Erregung. Der Wechsel zwischen den verschiedenen Phasen vollzieht sich zuweilen in einer Nacht. Deprimirt, mit gerunzeltem, faltenreichem Gesicht, mit glatt anliegendem, trockenem Haar geht der Kranke zu Bett — fröhlich und heiter, mit glänzenden Augen und lockigem Haar steht er am Morgen auf: er ist vom melancholischen ins manische Stadium übergetreten. In anderen Fällen vollzieht sich der Uebergang mit Schwankungen, so dass die entgegengesetzten Strömungen bei demselben Kranken zu gewissen Zeiten des Uebergangs Platz greifen (gemischte Formen). Wenn auch die verschiedenen Anfälle in Bezug auf Dauer und Intensität im weiteren Verlauf meist einander gleichen, zuweilen sogar eine photographische Treue zeigen, so ist doch auf der anderen Seite nicht selten das Bild in den verschiedenen Anfällen ein sehr verschiedenes. Zuweilen geht der circulären Psychose eine Melancholie voraus, welche heilt und erst nach einem Jahr oder nach mehreren Jahren kommt es zu einer circulären Erkrankung.

In Bezug auf die speciellen psychischen Erscheinungen im melancholischen und manischen Stadium vgl. Manie und Melancholie.

Hervorzuheben ist hier nur, dass sowohl die expansiven Wahnvorstellungen der Manie wie die depressiven der Melancholie bei der circulären Psychose äusserst selten sich zu dem Grade steigern, wie in den typischen Fällen der Manie resp. Melancholie; doch kommt sowohl manische Tobsucht wie ängstlicher und katatonischer Stupor vor.

Hallucinationen sind in einzelnen Fällen, aber nicht häufig, nachweisbar. Zuweilen vermischen sich die melancholischen Wahnvorstellungen mit paranoischen, und die Depression erscheint zum Theil hervorgebracht als Reaction auf die Verfolgungen, denen sich der Kranke ausgesetzt glaubt.

Erwähnt sei in Bezug auf die körperlichen Symptome, dass Sphygmogramme gezeigt haben, dass im depressiven Stadium eine erhöhte Spannung der Arterien bei verminderter Herzthätigkeit besteht, während im manischen Stadium ein rascher, steiler Anstieg, sehr spitzer Curvengipfel und mehr oder minder deutliche Dikrotie sich zeigt. Die Respiration ist im manischen Stadium beschleunigt, im melancholischen in Bezug auf ihre Frequenz herabgesetzt. Der

Urin ergiebt während des krankhaften psychischen Zustandes Indikan, Aceton, Diacetessigsäure, welche Stoffe im Intervall schwinden. Zuweilen geht die Excretion dieser Stoffe dem Anfall voraus (Pilcz). Die Menstruation pflegt bei den circulären Psychosen nicht alterirt zu sein.

Aetiologie. Die circuläre Psychose tritt selten nach dem 30. Jahre, meist im 2. oder im Beginn des 3. Lebensdecenniums auf, sie ist häufiger bei Frauen als bei Männern und lässt in Bezug auf hereditäre Belastung einen grösseren Procentsatz erkennen, als wir bei den functionellen Psychosen sahen. Es muss als eine Ausnahme betrachtet werden, wenn sich bei einer circulären Psychose nicht ein wiederholtes Vorkommen von Geisteskrankheiten in der Familie nachweisen lässt.

Die Dauer der einzelnen Anfälle, resp. der Phasen des Anfalls ist ungemein wechselnd. Zuweilen besteht ein quotidianer Typus, zuweilen nehmen die einzelnen Phasen den Zeitraum von 3—6 Monaten und noch länger ein.

Ausgänge.

1. Heilung ist sehr selten, Abschwächung der Intensität der einzelnen Phasen wird häufiger beobachtet.

2. Uebergang in Demenz gehört zu den Ausnahmen. Es giebt Fälle von circulärer Psychose, welche bis in das höchste Alter hinein Reproductions- und Vorstellungskraft in voller Stärke erhalten.

Diagnose. Die circuläre Psychose kann verwechselt werden:

1. Mit der circulären Form der progressiven Paralyse. Hier sind die körperlichen Symptome, speciell auch das Vorhandensein paralytischer Anfälle entscheidend.

2. Mit circulär-epileptischem Irresein auf dem Boden der Epilepsie. Hier werden klassisch-epileptische Anfälle oder epileptische Aequivalente die Diagnose sichern.

3. Mit der Melancholie oder Manie in den betreffenden Stadien (cf. diese).

Die Prognose ist quoad sanationem ungünstig, doch kommen Unterbrechungen der Krankheit auf viele Jahre vor.

Therapie. Gegen die Wiederkehr der Anfälle kann man Brom, Atropin, Ergotin in ähnlicher Weise wie bei der periodischen Manie (cf. S. 145) anwenden. Die einzelnen Stadien, die manische Exaltation wie die melancholische Depression bekämpfe man nach den bei diesen Zuständen hervorgehobenen Grundsätzen.

5. Die Paranoia[1]).

Während das Primäre bei der Manie die Beschleunigung des Ablaufs der Vorstellungen, bei der Melancholie Hyperästhesie und Neuralgie der Gefühle ist, erscheint bei der Paranoia als primär die Störung der Associationsgesetze, indem entweder eines dieser Gesetze die Oberhand über die anderen bekommt oder die Verbindungen der Vorstellungen sich nicht nach den Gesetzen der normalen Associationen vollziehen.

a) Paranoia rudimentaria (Morselli), Zwangsvorstellungen.

Zwangsvorstellungen können 1. darin bestehen, dass sich eine Vorstellung oder eine bestimmte Reihe von Vorstellungen so in den Vordergrund des Bewusstseins stellt, dass alle anderen dadurch mehr oder minder zurückgedrängt werden.

Es geschieht dies entweder andauernd oder tritt nur bei bestimmten Gelegenheiten hervor. Es giebt Kranke, welche bei dem Anblick jeder Zahl auf Häusern, Droschken, Eisenbahnen, Wagen u. s. w. zu den verschiedensten Rechenoperationen, Multipliciren, Dividiren, Quadratwurzelausziehen u. s. w. angeregt werden (Arithmomanie). Dabei werden an gewisse Zahlen oft gewisse Bedeutungen (Zahl 13) geknüpft. Bei Anderen sind es gewisse Worte, bestimmte Erinnerungsbilder, welche sich fortwährend vordrängen und welche der Kranke nicht los werden kann. So giebt es Personen, welche fortwährend daran denken müssen, dass sich hinter ihrem Rücken Niemand befindet. Einer meiner Kranken musste bei jedem Eintretenden sich vorstellen, wie wohl die nackten Füsse desselben aussehen, ob sie gewaschen oder schmutzig seien. Eine 21jährige junge Dame konnte die Idee nicht los werden, dass sie ein Kind bekommen würde, nachdem sie im 6. Lebensjahre ein Mann weggeschleppt hatte.

2. Zwangsvorstellungen können dadurch entstehen, dass die Associationen sich mit besonderer Vorliebe und Stärke in einem oder dem anderen Associationsgesetze vollziehen. Während Aehnlichkeit, Coexistenz und Succession (cf. S. 2) vorzugsweise in unserem Denken den Gang der Associationen beherrschen, können unter pathologischen Verhältnissen anders bedingte Associationen sich vordrängen.

a) Zwangsvorstellungen durch Vordrängen der Associationen im Contrast. Beim Beten muss der Kranke innerlich fluchen, beim Gebet zu der Mutter Gottes die Geschlechtstheile derselben sich vorstellen, während der Theatervorstellung, ob er nicht „Feuer“ schreien sollte, ob er beim Vorbeigehen der Schildwache nicht das Gewehr derselben fortnehmen soll.

---

[1]) Ziehen, Arch. f. Psych. 24. Cramer, Abgrenzung und Differentialdiagnose. Zeitsch. f. Psych. Bd. 51. Mendel in Eulenburgs Realencyclopädie, 3. Aufl. Werner, Die Paranoia. 1891.

Das Denken im Contrast führt dann weiter zu der Zweifelsucht. Ob er auch das Licht ausgelöscht, ob nicht ein Funke daneben gefallen, ob die Commode auch zugeschlossen, ob er nicht „nein“ statt „ja“ geschrieben habe, ob der Brief nicht neben den Briefkasten gefallen? Ob ich nicht das gestohlen habe, was als gestohlen bezeichnet wurde? Ob ich nicht eine Majestätsbeleidigung ausgesprochen habe? Ob nicht in dem fortgeworfenen Papier etwas für mich Belastendes gestanden hat? Damit verbindet sich dann zuweilen die Furcht des Kranken, dass er sich durch Erröthen verrathen könnte (Erythrophobie), und oft erröthet er wirklich. Zuweilen verbindet sich damit, wie bei den Phobieen, die Angst, Dinge zu berühren, nicht aber aus hypochondrischer Furcht, sich anzustecken, sondern aus Furcht, Gift oder irgend etwas Schlimmes hineinzuthun und dadurch Andere zu gefährden.

b) Zwangsvorstellungen entstehen, indem die Associationen sich vorzugsweise nach dem Associationsgesetze von Ursache und Folge vollziehen (Grübelsucht). Hier kann man unterscheiden:

1. Die Metaphysiker: Warum hat Gott die Welt erschaffen? Warum besteht eine Unsterblichkeit? u. s. w.

2. Die Realisten: Warum haben die Leute im Parterre keine Fensterläden? Warum fürchten sie sich nicht vor Einbrechern? Warum haben die Menschen zwei Beine und nicht vier? Warum sind die Blätter grün und nicht blau? Wenn ich die Mutter stechen würde, schadet es etwas, wenn ich es nur denke, oder schadet es nicht, wenn ich es nicht thue?

Es kann dieser krankhafte Zustand nach aussen hin als Fragesucht erscheinen (Phrenolepsia erotematica, Meschede).

Es besteht bei all diesen Zuständen volles Krankheitsbewusstsein.

Hallucinationen kommen bei diesen Zwangsvorstellungen nicht vor. In der Regel begleiten die Zustände unangenehme, widrige Gefühle, welche sich besonders unter der Furcht, dass die als krankhaft erkannten geistigen Processe dazu führen müssten, dass sie „den Verstand verlieren“, bei manchen Kranken zu unerträglicher Angst steigern.

Zuweilen führen die Zwangsvorstellungen zu Handlungen impulsiver Natur; meist bestehen die letzteren aber nur im Ausstossen von Worten, welche den sich aufdrängenden Vorstellungen entsprechen und ebenso wie diese öfter ganz unsinnig sind (Onomatomanie), zuweilen sind die letzteren unanständiger Natur (Koprolalie) in Verbindung mit Tics im Bewegungsapparat. Die Furcht vor solchen Handlungen engt zuweilen den Verkehr mit anderen Personen erheblich ein; die Kranken fürchten sich in die Kirche, in das Theater, selbst auf die Strasse zu gehen. Die Beherrschung des Kranken durch die Zwangsvorstellungen kann sodann dazu führen, dass derselbe zeitweise oder dauernd nicht mehr im Stande ist, seine Berufspflichten zu erfüllen, in schweren Fällen wird ihm selbst das Aufstehen aus dem Bett, das Anziehen sehr schwer, Alles dauert sehr lange.

Aetiologie. Die rudimentäre Paranoia entsteht in der grössten Zahl von Fällen im Alter von 20—30 Jahren, zuweilen aber schon im Kindesalter. Als prädisponirendes Moment spielt die hereditäre Anlage die grösste Rolle.

Sie trifft in der Regel Menschen, welche von Jugend auf, schon in der Schule, peinlich ernst waren, sich das Leben schwer gemacht haben.

Die nächste Veranlassung zum Ausbruch der Krankheit bildet in vielen Fällen eine plötzlich eingetretene heftige Gemüthserschütterung

oder auch andauernder Kummer und Sorgen, zuweilen körperliche und geistige Ueberanstrengung mit nachfolgender Erschöpfung und Schlaflosigkeit.

Der Ausbruch ist zuweilen ganz plötzlich, meist allmälig.

Der Verlauf. In Fällen, in welchen eine erbliche Belastung nicht besteht und wenn sie acut auf dem Boden von Erschöpfung entstehen, können nach wenigen Wochen die krankhaften Symptome wieder verschwinden. In der Regel ist der Verlauf ein chronischer mit zahlreichen Remissionen und Exacerbationen, selten ein periodischer.

Die Ausgänge sind:

1. Völlige Heilung, wie oben bemerkt, oder Heilung mit Neigung zu Recidiven.

2. Fortbestehen der Krankheit mit Remissionen und Exacerbationen.

3. Uebergang in Paranoia typica, sehr selten.

4. Tod durch Selbstmord, welchen der Kranke aus Furcht vor Geisteskrankheit oder weil er die Qualen nicht länger ertragen kann, begeht.

Diagnose. Als entscheidendes Merkmal für die Annahme von Zwangsvorstellungen ist die vorhandene Krankheitseinsicht zu betrachten: der mit jenen Vorstellungen Behaftete muss anerkennen, dass dieselben krankhafter Natur sind. Es bestehen vielfach Uebergänge zwischen den bei Gesunden gelegentlich vorkommenden zwangsmässig auftretenden Angewohnheiten, welche häufig durch fehlerhafte Erziehung oder Beispiel entstanden sind, und den Zwangsvorstellungen der Paranoia rudimentaria. Es giebt auch seltene Fälle, in welchen ein Uebergang der Zwangsvorstellungen in Wahnvorstellungen stattfindet.

Die primär auftretenden Zwangsvorstellungen sind zu trennen:

1. Von den secundär auf dem Boden einer centralen Neurose oder einer Psychose auftretenden Vorstellungen von zwingender Gewalt, welche Symptome der betreffenden Erkrankung sind. Auf dem Boden der Hysterie kann ein zwangsmässiges Vorstellen der Untreue des Ehegatten auftreten: hysterischer Eifersuchtswahn, welcher zuweilen von übermässiger Eifersucht kaum zu trennen ist, zuweilen sind es Vorstellungen in Bezug auf Urindrang, Blähungen, sexuelle Bilder, welche Hysterische unablässig zwangsmässig quälen.

Bei Epileptischen können gleichmässig wiederkehrende, zwangsweise auftretende Vorstellungen die Aura des epileptischen Anfalles, auch das Aequivalent desselben bilden, zuweilen auch intervallär den Kranken beschäftigen.

Man wird hier von hysterischen und epileptischen Zwangsvorstellungen sprechen.

Bei den verschiedensten Psychosen, besonders Melancholikern, Paranoikern, können zwangsmässig in den Vordergrund sich drängende Wahnvorstellungen bestehen.

Die sehr verschiedene Genese, welche hier in der Anamnese einen psychisch Kranken, dort einen geistig Gesunden zeigt, das Krankheitsbild mit anderweitigen Symptomen der Geisteskrankheit wie der sehr verschiedene Verlauf, hier in der Regel Beseitigung mit der Heilung der Geisteskrankheit, dort andauerndes, wenn auch der Intensität nach wechselndes Bestehen, ohne dass das Individuum geisteskrank ist oder wird, werden diese zwangsmässigen Wahnvorstellungen von den Zwangsvorstellungen trennen lassen.

2. Von den Phobieen, welche auf dem Boden der Hypochondrie entstehen (cf. S. 47).

3. Von den residuär nach Heilung einer Psychose zuweilen noch lange Zeit übrig bleibenden zwangsweise auftretenden Vorstellungen (in ähnlicher Weise wie die residuären Hallucinationen) (cf. S. 28).

Die Prognose ist in Bezug auf dauernde völlige Genesung bei der Paranoia rudimentaria in der grossen Mehrzahl der Fälle nicht günstig.

Die Behandlung besteht vor Allem in Ablenkung, besonders durch körperliche Arbeit, mit Uebungen des Sports, Reisen in sympathischer Gesellschaft (nur ausnahmsweise Aufsuchen von Anstalten, wenn jeder andere Weg verschlossen ist oder der Kranke im Hause unmöglich wird), Hydrotherapie in den verschiedensten Formen, endlich in psychischer Beeinflussung, indem man vor Allem dem Kranken die Sicherheit zu geben sucht, dass er nicht geisteskrank werden wird, wovor fast durchgehends die grösste Angst bei dem starken Krankheitsbewusstsein der Befallenen vorhanden ist. Von Medicamenten kann man Arsenik und Nitroglycerin (in Tropfen oder Tabletten zu 0,0005—0,001 mehrmals täglich) anwenden. Beruhigung bei zeitweisen Exacerbationen erzielt man durch Brompräparate, Phenacetin oder Pyramidon.

b) Paranoia typica.

1. Paranoia simplex acuta.

Die Krankheit beginnt mit Schlaflosigkeit, Anorexie, Verstimmung. Der Kranke glaubt zu bemerken, dass man auf ihn im Hause, auf der Strasse besonders achte, bringt unschuldige Ereignisse mit sich in Beziehung (Beachtungswahn, krankhafte Eigenbeziehung, Neisser) (cf. S. 23 u. 24). Er meint, dass man von ihm etwas wolle oder dass man ihn zum Narren habe, Possen mit ihm spiele. Die Krankheit pflegt in mehreren Monaten unter allmäliger Beruhigung und ohne dass es zu irgend einer weiteren systematischen Entwicklung kommt, vorüberzugehen.

Unter Délire d'emblée versteht Magnan plötzlich sich bei starker hereditärer Belastung zeigende und in wenigen Stunden ihren Culminationspunkt erreichende Verfolgungs- und Grössenideen, welche oft schon nach wenigen Wochen in Genesung übergehen. Damit kann vorübergehend ein Zustand von Verwirrtheit eintreten. Ich habe solche kurze, zuweilen nur Tage dauernde Zustände von Verfolgungsideen, speciell im Klimakterium und im Anschluss an die Menstruation öfter gesehen. Sie zeigen gelegentlich Recidive.

2. Paranoia simplex chronica (combinatoria).

Die Krankheit beginnt so allmälig, dass meist die Zeit des ersten Anfangs derselben nicht festzustellen ist.

1. Stadium initiale. Der Kranke zeigt eine gewisse Veränderung, welche oft erst nach Jahren, nach vollem Ausbruch der Krankheit von den Angehörigen nachträglich als auffallend anerkannt wird. Er zieht sich von seinen bisherigen Freunden zurück, ist in sich verschlossen und still, auf der anderen Seite zeigt er sich auffallend leicht erregbar und selbst gewaltthätig, zuweilen sind es eigenthümlich bizarre Bewegungen, eigenthümliche Betonungen einzelner Worte, welche auffallen. Das körperliche Befinden erscheint dabei im Wesentlichen ungestört, oft ist jedoch der Schlaf mangelhaft, der Appetit herabgesetzt. Der Kranke besorgt sein Geschäft.

2. Stadium paranoicum. Der Kranke kommt zuweilen ganz plötzlich, sei es im Anschluss an irgend ein besonders aufregendes Ereigniss oder an eine leichte fieberhafte Erkrankung mit seinem Wahn hervor: „Ich habe schon lange bemerkt, dass man mich beobachtet, dass man mir überall aufpasst, dass man mir allerhand Andeutungen macht. Es muss eine Verbindung gegen mich bestehen, vielleicht habe ich einen Doppelgänger. Ich fühle mich keinen Augenblick sicher auf der Strasse, ja selbst in den Zeitungen werden Andeutungen auf mich gemacht." Aber nicht bloss die Gegenwart bezieht er mit allen Ereignissen auf sich (Beziehungswahn), auch die Vergangenheit deutet er nach dieser Richtung um: „Man hat mich verfolgt und verfolgt mich; Socialdemokraten, Freimaurer, die Polizei passten mir fortwährend auf." Gefragt, zu welchem Zweck die Verfolgung geschehe, antwortet er: „Ich habe keine Ahnung davon, was es bedeutet. Will man mich auf die Probe stellen, will man von mir etwas haben? Es muss ein Geheimniss dahinter stecken. Jedenfalls scheine ich aber der Gegenstand besonderer Aufmerksamkeit zu sein." Im weiteren Verlauf ist das Geheimniss von dem Kranken entdeckt: „Man hat meine Bedeutung erkannt, man will mich aber hindern, den mir gebührenden Rang in der

Wissenschaft, in der Kunst einzunehmen, man will mich deshalb körperlich und geistig vernichten." „Man weiss, dass ich von königlicher Abstammung bin, dass ich berufen bin, den Thron einzunehmen, eine neue Religion zu gründen, und man sperrt mich, um mich unschädlich zu machen, in eine Irrenanstalt." So vermischen sich Verfolgungs- und Grössenideen allmälig in logischem Zusammenhang zu einem System. In einer Reihe von Fällen kommt es statt zu dem geschilderten Grössenwahn nur zu einer leichten Selbstüberschätzung, welche erst bei genauerer Untersuchung deutlich wird. Zuweilen fehlt aber jede Andeutung einer Grössenidee, es besteht im Gegentheil ein Gefühl einer gewissen geistigen Inferiorität: „Man will mich um die Ecke bringen, da ich zu schwach im Kampfe ums Dasein bin." In anderen Fällen scheinen die Verfolgungsvorstellungen zu fehlen und nur Grössenideen zu bestehen, eine genaue Anamnese jedoch wird wenigstens das frühere Vorhandensein der ersteren nicht vermissen lassen.

Da, wo der Wahn sich besonders nach einer einzelnen Richtung äussert, hat man von einer fixen Idee gesprochen und gemeint, dass nur in diesem einen Punkt der Geist krank sei. Die Unrichtigkeit einer solchen Annahme wurde bereits früher gezeigt (cf. S. 28).

Aus den Paranoikern rekrutirt sich ein Theil der geisteskranken „Erfinder", „Reformatoren" und ein erheblicher Theil der sogenannten Quärulanten.

3. Stadium dementiae. Mit der Abnahme der Energie tritt allmälig, häufig erst nach Decennien, ein Zustand geistiger Schwäche ein. Die Propheten, Kaiser und Könige führen dann ein ruhiges Leben in den Irrenanstalten und können hier angemessen beschäftigt werden. In einer Reihe von Fällen werden die früher systematisirten Wahnvorstellungen im bunten Durcheinander sinnlos wiederholt: „Ich bin die Tochter der Kaiserin Friedrich, heidnische Jesuitin, Käthchen von Heilbronn, spiritistisch-magnetisch beeinflusst, von Freimaurern verfolgt."

3. Paranoia hallucinatoria acuta.

Das klinische Bild und der Verlauf sind im Wesentlichen dieselben wie bei der Paranoia simplex acuta, und von dieser nur durch das Vorhandensein von Hallucinationen unterschieden.

Die Krankheit pflegt wenige Wochen bis zu einigen Monaten zu dauern, unterscheidet sich von dem Delirium hallucinatorium im Wesentlichen durch die bei der Paranoia bestehende Besonnenheit

und den Mangel an Verworrenheit wie der Systematisirung der Hallucinationen und Wahnvorstellungen. Die Krankheit kommt zuweilen im Anschluss an dysmenorrhoische Zustände, öfter im Klimakterium vor. Da, wo dieselbe auf dem Boden einer Vergiftung, speciell Alkoholvergiftung auftritt, ist sie nicht unter die functionellen Psychosen, sondern unter die Intoxicationspsychosen zu rechnen.

4. Paranoia hallucinatoria chronica.

1. Stadium initiale. Die Krankheit beginnt in der Regel mit einzelnen vollständig abrupten, dem ganzen Inhalt des Denkens des Kranken fremden Gehörshallucinationen: „Schuft“, „Flegel“, „Alter August“, „Du musst heirathen“. Der Kranke ist zuerst geneigt, zu glauben, dass er einer Täuschung unterliegt, sucht nach denen, die gerufen haben, und ganz allmälig, unter der fortwährenden Wiederkehr der Hallucinationen, wird aus dem zweifelnden ein überzeugter Kranker, er weiss, dass er der Gegenstand einer Verfolgung ist.

2. Stadium paranoicum. In derselben Weise wie bei der Paranoia simplex chronica entwickeln sich die Wahnvorstellungen der Verfolgung und später des Grössenwahns. Zwischendurch kommt es jedoch hier öfter, veranlasst durch die Steigerung massenhafter Hallucinationen, zu Erregungszuständen, welche vorübergehend auch das Bild eines Delirium hallucinatorium bieten können, und selbst zu tobsüchtiger Aufregung.

3. Das Stadium dementiae pflegt in diesem Falle schneller einzutreten wie bei der Paranoia simplex. Aber auch hier vergeht nicht selten ein Jahrzehnt und länger, ehe es zu einer Abschwächung der Intelligenz kommt.

Varietäten.

1. Paranoia hypochondriaca. Es giebt eine Form der chronischen Paranoia, bei der das Hauptsymptom in Hallucinationen des Organgefühls besteht, welche auch die Krankheit einzuleiten pflegen. Auf der Höhe seiner Krankheit sagt dann der Kranke, man habe ihm seinen Körper vernichtet, man habe alle Organe einzeln zerstört, er sei eine ganze Charité, dies haben seine Verfolger durch Magnetismus, den sie auf ihn haben wirken lassen, durch schädliche Dünste, durch Gift im Essen hervorgebracht. Jene Verfolger seien Freimaurer, „Illuminaten“, die ersten Würdenträger des Staates, sie bezwecken, ihn von der Erreichung seines Ziels abzuhalten.

2. Originäre Paranoia (Sander). Die Krankheit entwickelt sich schon in den Kinderjahren auf dem Boden einer degenerirten Familie mit Sonderbarkeiten, Verschlossenheit in entweder stillem, zurückgezogenem, träumerischem oder bösartigem, jähzornigem Wesen mit hypochondrischen

Vorstellungen, zuweilen mit Pavores nocturni, Convulsionen, mit erheblicher Störung in der körperlichen Entwicklung und reichlicher Onanie. Schon in der Schule sehen die Kranken in dem Gebahren der Mitschüler die Verfolgungen, denen sie ausgesetzt sind. Mit dem Eintritt in die Pubertätsjahre kommt es zur Entwicklung einer vollen Psychose, zuweilen mit katatonischem Stupor, unter öfterem Wechsel der Zustandsbilder, bald manischer Exaltation, bald melancholischer oder hypochondrischer Depression. Dabei bestehen Wahnvorstellungen der Verfolgung, zuweilen auch Grössenideen. Märchen und Romane geben auch hier (cf. S. 148) oft dem Wahne den Inhalt.

Manche dieser Kranken zeichnen sich durch die Neigung zum Fabuliren aus (Paranoia confabulans). Es ist dies eine Form der Paranoia, welche zur Dementia praecox führt.

3. Melancholia paranoides, eine Verbindung von melancholischen mit paranoischen Wahnvorstellungen: „Die Leute machen Andeutungen, machen mir Vorwürfe, uzen mich, wenden sich von mir weg, man droht mir mit grossen Strafen" u. s. w. Dabei erklären sie, dass die Behandlung, die sie erfahren, die angedrohte Strafe gar nicht im Verhältniss stehe zu der geringen Verschuldung, die sie allerdings haben, indem sie nicht genügend ihre Pflicht erfüllt haben, indem sie nicht zu Hause geblieben, einmal auch allein mit einem Manne spazieren gegangen sind u. s. w.

4. Dementia paranoides. Unter diesem Namen hat Kraepelin diejenigen Fälle zusammengefasst, bei denen die paranoischen Ideen von Anfang an sehr absurd und phantastisch sind und bei denen es besonders im jugendlichen Alter, dann aber auch im Greisenalter sehr schnell zu einer schwachsinnigen Verworrenheit kommt.

5. Ein Theil der Fälle von Paranoia entwickelt sich in dem zweiten Stadium nicht in der oben geschilderten Weise, sondern es tritt vorübergehend oder dauernd ein katatonischer Zustand auf, wie er früher beschrieben worden ist (katatonische Paranoia).

6. In seltenen Fällen verläuft die Paranoia in periodischen Anfällen (Paranoia periodica).

Specielle Symptomatologie.

1. Hallucinationen. Während bei der Paranoia simplex Illusionen oder Hallucinationen in der Regel gar nicht, zuweilen allerdings vorübergehend vorkommen, charakterisiren bei der Paranoia hallucinatoria Hallucinationen den Beginn und den Verlauf der Krankheit. Vor Allem sind es Gehörshallucinationen, welche sich häufig erst in einzelnen Worten oder einzelnen Sätzen zeigen. Oefter besteht hier ein Gedankenlautwerden. Selten sind die Gehörshallucinationen einseitig oder dédoublées. Zuweilen werden die Stimmen im Kehlkopf, in der Brust, im Unterleib gehört. In vereinzelten Fällen kommt der Kranke auf Grund seiner Hallucinationen zu der Ueberzeugung, dass neben dem Ich noch eine andere Persönlichkeit bei ihm bestände (Verdoppelung der Person). Auch eine Verdreifachung kommt vor: „Es bestehen neben dem Ich in meinem Kopfe Gott und der Teufel, welche sich bekämpfen." Geruchs- und Geschmackshallucinationen hängen mit Vergiftungsvorstellungen häufig zusammen, verhältnissmässig seltner sind Gesichtshallucinationen. Die Hallucinationen des Gemein- und Organgefühls wurden bereits bei der Paranoia hypochondriaca erwähnt. Hier kann in Folge derselben ein Zustand von Stupor entstehen, der Kranke fühlt, dass man ihm die Zunge, die Hände festhält u. s. w. (Paranoia stuporosa, Ziehen).

2. Das Denken. Bei der Paranoia kann Gedächtniss und Intelligenz

lange Jahre, Decennien lang in normaler Weise vorhanden bleiben. Ein Kranker mit Paranoia hallucinatoria schrieb in meiner Anstalt ein gut kritisirtes Werk über neugriechische Litteratur.

Die Wahnvorstellungen, welche bei der Paranoia auftreten, sind: erstens der Verfolgungswahn, welcher aus Beachtungs- und Beziehungswahn sich entwickelt. Die Kranken meinen aber nicht, wie die verfolgten Melancholiker, dass die Verfolgung eine begründete Veranlassung in ihrem Leben und ihren Handlungen habe, sondern sind überzeugt, dass die Verfolgung im Interesse Anderer stattfinde. Bei diesem Verfolgungswahn sehen sich zuweilen die Kranken als das Centrum aller Ereignisse an, welche passiren und immer nur die Spitze gegen den Kranken haben (Delirium convergens). Die Verfolger sind im Anfang in der Regel unbekannte Personen („Man verfolgt mich", „Ein Herr hat mich durch scharfe Blicke ruinirt", „Ich bin beim Baden photographirt worden, ein Photograph hat das Bild unter die Leute gebracht"), später werden specielle Personen genannt, öfter Gruppen von Personen: „die Loge", „die Brüder von der schwarzen Hand" u. s. w. Mit den Verfolgungsvorstellungen im Zusammenhang stehen metabolische oder palingnostische Wahnvorstellungen, bei denen der Kranke seine Umgebung entsprechend seinen Wahnvorstellungen umwandelt. Die Wärter sind verkleidete Geheimpolizisten oder Minister, um ihn zu bedienen (cf. S. 26). Auch die identificirende Form der Erinnerungstäuschung (S. 35) wird beobachtet.

Da, wo sich die Wahnvorstellungen besonders auf erotische Dinge beziehen, spricht man von einer Paranoia erotica, für welche ein klassisches Bild Don Quixote abgiebt. Solche Kranke sehen in den Chiffres der Zeitungen mit entsprechendem Inhalt die Beziehungen für sich u. s. w. In anderen Fällen stellt sich die Paranoia als Eifersuchtswahn dar (cf. S. 25).

Bei der Paranoia religiosa sieht der Kranke in der Bibel, in den Predigten die Andeutungen für seinen wahren Beruf; verfolgte Paranoiker nehmen an, dass der Teufel sich ihrer bemächtigt hat, dass sie behext seien (Dämonomanie).

In einer Anzahl von Fällen werden die sich verfolgt und geschädigt haltenden Paranoiker zu Verfolgern. Zu diesen gehört auch ein Theil derjenigen, welche an Paranoia quaerulans leiden[1]) (cf. S. 25); indem sie glauben, in ihren Rechten geschädigt zu sein, greifen sie diejenigen, die dies nach ihrer Ansicht veranlasst haben, in Klagen und Schriftstücken an, verfolgen ihre vermeintlichen Interessen bis in die höchsten Instanzen, und werden nicht selten, indem sie bei ihren Klagen die erlaubten Grenzen überschreiten, wegen Beleidigung der Richter, wegen Verdächtigung des Meineids der Zeugen, wegen Majestätsbeleidigung u. s. w. Gegenstand neuer gerichtlicher Verfahren. Diese Form der Paranoia kommt in der Regel erst spät — im 4. oder 5. Lebensdecennium — zum Ausbruch. Die Gelegenheitsursache zum Ausbruch der Krankheit bildet in der Regel ein verlorener Process. Die vorhandene Intelligenz, die rabulistische Logik und ein zuweilen ausgezeichnetes Gedächtniss, das die Paragraphen des Bürgerlichen- und Strafgesetzbuches mit ihren Processordnungen immer bereit hält, täuscht oft die Richter, zuweilen auch Aerzte über das Krankhafte des Zustandes.

Sehr spät pflegt ein geistiger Schwächezustand einzutreten.

3. Die Sprache der Paranoiker bietet zuweilen nichts Bemerkenswerthes, zuweilen bringen sie in der im Uebrigen verständlichen Rede eigenthümliche sinnlose Worte vor, welche sich meist auf ihre Hallucinationen beziehen: „Man verfolgt mich durch Schallatismus aus der Apotheke", „Gehirnsprache" u. s. w. Zuweilen sprechen Paranoiker gar nicht, entweder unter dem Ein-

[1]) Hitzig, Ueber den Quärulantenwahnsinn. Leipzig 1895.

fluss von Hallucinationen, von Stupor, oder auch, um z. B. ihre Anwesenheit durch ihre Sprache nicht zu verrathen.

In der Schrift finden sich zuweilen kabbalistische Zeichen, Unterstreichen einzelner Worte, welche auf Wahnvorstellungen Bezug haben.

4. Die Handlungen der Paranoiker bieten in einer Reihe von Fällen nichts Auffallendes, so dass dieselben in durchaus geordneter Weise ihre Geschäfte zu führen im Stande sind und ihre geistige Erkrankung nur verrathen, wenn man auf die bestimmte Reihe von Wahnvorstellungen zu sprechen kommt, welche sie beschäftigen.

Nahrungsverweigerung kommt bei Paranoikern öfter in Folge der Vergiftungsvorstellungen vor und wird auch in dem erwähnten stuporösen Zustand beobachtet. Der Selbstmord ist bei Paranoikern im Verhältniss zu dem bei der Melancholie selten.

Im Uebrigen gehören die Paranoiker zu den gefährlichsten Geisteskranken, mit ihren Wahnvorstellungen verbinden sie ein erhebliches Maass von Intelligenz, welche ihnen in der Wahl der Mittel, sich an ihren Verfolgern zu rächen, zu statten kommt und sie ihr Ziel nicht selten erreichen lässt. In der Geschichte spielen Paranoiker, speciell in Bezug auf Attentate auf hochgestellte Personen, eine erhebliche Rolle.

5. Körperliche Symptome. Die Paranoia bietet, abgesehen von den gewöhnlichen körperlichen Zeichen bei Geisteskrankheiten, Besonderheiten nicht dar. Bei der Paranoia hypochondriaca ist eine besonders genaue Untersuchung der inneren Organe erforderlich, da hypochondrische Wahnvorstellungen nicht allzu selten mit speciellen körperlichen Veränderungen im Zusammenhang stehen.

Aetiologie. Unter den functionellen Psychosen nimmt nach Delirium hallucinatorium und Melancholie die Paranoia die dritte Stelle in Bezug auf Häufigkeit des Vorkommens ein. Am häufigsten ist die Paranoia simplex chronica, am seltensten die Paranoia simplex acuta. Im Uebrigen zeichnet sich die Paranoia ätiologisch vor anderen Geisteskrankheiten nicht aus.

Der Ausbruch der Paranoia ist in der Regel ein allmäliger, der Verlauf kann 1. ein acuter oder subacuter sein, 2. ein progressiver, wie er oben geschildert worden ist, und 3. ein remittirender, indem zeitweise ein Zurücktreten der Wahnvorstellungen und damit grössere Beruhigung eintritt. Die Dauer ist bei den acuten Formen wenige Wochen bis zu einigen Monaten, bei den chronischen ein ganzes Menschenalter.

Diagnose. Die Diagnose der Paranoia ist nicht durch die Thatsache gegeben, dass paranoische Wahnvorstellungen vorhanden sind, sondern es muss nachgewiesen werden, dass diese Wahnvorstellungen das Ursprüngliche und Wesentliche der Krankheit sind. Die Paranoia kann verwechselt werden:

1. In Bezug auf die vorhandenen Verfolgungsvorstellungen mit der Melancholie. Wie sich der Paranoiker und wie sich der Melancholiker den Verfolgungen gegenüber stellt, ist oben erörtert worden.

2. In Bezug auf die hypochondrischen Wahnvorstellungen mit der Melancholia hypochondriaca. Auch hier ist, während die Aeusserungen in Bezug auf die hypochondrischen Wahnvorstellungen inhaltlich dieselben sein können, differentiell-diagnostisch von Bedeutung, dass der Melancholiker die krankhafte Veränderung als Strafe für sein schlechtes Leben, der Paranoiker als eine Folge der Unthaten seiner Verfolger ansieht.

3. Die differentielle Diagnose zum Delirium hallucinatorium, welche besonders mit Rücksicht auf die Paranoia hallucinatoria acuta und vorübergehende Zustände von Verworrenheit bei der Paranoia hallucinatoria chronica von Bedeutung ist, wurde bereits erwähnt.

4. Von den paranoischen Wahnvorstellungen bei organischen Hirn-

krankheiten unterscheidet sich die Paranoia durch den Mangel irgend welcher Zeichen einer organischen Hirnerkrankung, von denen, welche durch Intoxicationen hervorgerufen werden, durch den Mangel der Zeichen der Intoxication, wie durch die Anamnese.

5. Endlich ist bei der Diagnose der Paranoia besonders Rücksicht auf Dissimulation zu nehmen. Es bedarf zuweilen grosser psychiatrischer Erfahrung und längerer Beobachtung des Paranoikers, wenn er sich unbeobachtet glaubt, um die Krankheit festzustellen.

Therapie. Für die acuten Formen der Paranoia erscheint zum Zwecke der schnellen Heilung die Aufnahme in eine Anstalt nothwendig. Was die chronischen Formen anbetrifft, so ist wegen der Gefährlichkeit der Kranken mit Paranoia hallucinatoria, so lange nicht die Abschwächung der Intelligenz, resp. der Energie eingetreten ist, die Verpflegung in einer Irrenanstalt erforderlich. Dasselbe gilt auch bei der Paranoia simplex chronica, sobald das Verhalten des Kranken darauf hinweist, dass aus dem Verfolgten leicht ein Verfolger werden kann oder geworden ist, oder dass seine Grössenideen zu einer die Allgemeinheit gefährdenden Handlung führen können. Im Uebrigen wird die Behandlung der paranoisch Kranken im Wesentlichen eine symptomatische sein.

6. Die Dementia acuta[1]).

Die Dementia acuta ist eine functionelle Psychose, welche durch den primären Eintritt einer mehr oder minder vollständigen Lähmung der geistigen Functionen charakterisirt ist.

Nach kurzem Vorläuferstadium bietet der Kranke das Bild vollständiger Unorientirtheit. Er weiss weder sein Alter noch seine Wohnung, kaum seinen Namen anzugeben. Zuweilen antwortet er überhaupt nicht und lässt irgend eine geistige Thätigkeit nicht erkennen. Der Blick ist dabei in die Ferne gerichtet, die Pupillen sind weit, der Mund ist halb geöffnet, der Speichel fliesst heraus, die Gesichtszüge sind schlaff und verrathen keinerlei Ausdruck (hypotonischer Stupor cf. S. 56). Im weiteren Verlauf des Zustandes muss der Kranke gefüttert werden, er lässt Urin und Stuhlgang unter sich. Zuweilen bemerkt man vorübergehend eine grössere Unruhe. Der Puls ist meist verlangsamt, die Temperatur subnormal. Die Lösung der Krankheit erfolgt in der Regel allmälig, nach und nach gewinnt der Kranke seine frühere geistige Kraft.

---

[1]) Binswanger, Charité-Annalen Bd. VI. Schüle, Zeitschr. f. Psych. Bd. 38.

Für die Zeit seiner Erkrankung und zuweilen auch für die Zeit einiger Tage vorher fehlt entweder die Erinnerung vollständig oder dieselbe ist eine unvollkommene, summarische.

Aetiologie. Die Krankheit ist die am seltensten vorkommende unter den functionellen Psychosen. Sie befällt vorzugsweise jugendliche Individuen im Alter von 20—30 Jahren, häufiger das männliche Geschlecht. Die nächste Veranlassung zum Ausbruch der Krankheit bieten zuweilen psychische Traumen, Angst, Schreck (Railway brain). Zuweilen wird sie auch beobachtet nach übermässiger körperlicher oder geistiger Anstrengung, nach missglückten Selbstmordversuchen, selten nach acuten Erkrankungen. Die Dauer der Krankheit beträgt einige Tage bis mehrere Monate. Die Ausgänge sind: 1. Genesung in etwa 80 % der Fälle, 2. Uebergang in secundäre Demenz, 3. Tod durch intercurrente Krankheiten. Die Prognose ist demnach als eine günstige zu bezeichnen.

Differentiell-diagnostisch kommt in Betracht:

1. Das Delirium hallucinatorium (cf. dieses).

2. Der ängstliche Stupor (Delusional stupor, Newington). In Bezug auf diesen entscheidet die Anamnese, welche eine längere Zeit vor dem Stupor vorhandene Melancholie erkennen lässt, ferner der Gesichtsausdruck, welcher tief melancholisch-ängstlich bei dem ängstlichen Stupor, leer und blödsinnig bei der Dementia acuta ist. Die Körpermusculatur fühlt sich bei jenem starr, bei dieser schlaff an. Jenen zeichnet eine nur mit Gewalt zu überwindende Nahrungsverweigerung aus, bei dieser geht die Ernährung mit fremder Hilfe, ohne Widerstand, vor sich.

3. Gegen die Dämmerzustände im prä- und postepileptischen Status entscheidet Anamnese und Verlauf.

4. Was die aphatischen Zustände anbetrifft, so kann hier ebenfalls der Gesichtsausdruck eines acut blödsinnig gewordenen Menschen entstehen, und verbindet sich mit der Aphasie Apraxie, so wird das klinische Bild noch verwandter mit dem eines Blödsinnigen. Die apoplektische Entstehung des Leidens, die in der Regel vorhandene rechtsseitige Hemiparese wie die genauere Feststellung des aphatischen Zustandes werden die Diagnose sichern.

Therapie. Die Therapie der Dementia acuta muss eine roborirende sein, bei der reichlich stickstoffhaltige Nahrung, Bier und Wein zu geben ist. Von Medicamenten empfehlen sich Chinapräparate, auch Eisen.

Da, wo die Verhältnisse im Hause eine dauernde Ueberwachung verbürgen, kann der Kranke im Hause behandelt werden. Für die Majorität der ärmeren Bevölkerung und des Mittelstandes wird eine Anstalt nothwendig sein. Bettruhe ist auf jeden Fall zweckmässig.

Die pathologische Anatomie der functionellen Psychosen.

Eine pathologische Anatomie der functionellen Psychosen existirt zur Zeit nicht. So wenig bezweifelt werden darf, dass anatomische Veränderungen im Gehirn vorhanden sind, so ist es bis jetzt noch nicht gelungen, irgendwelche charakteristische Alterationen zu entdecken. Die gelegentlichen Befunde sind zum Theil zufällige, zum Theil ist das Krankhafte derselben nicht nachgewiesen. In letzterer Beziehung fehlt es vor Allem noch an einer Feststellung derjenigen Veränderungen in den Ganglienzellen der Gehirnrinde, welche in der Breite der Gesundheit vorkommen. In Bezug auf die secundäre Demenz nach functionellen Psychosen cf. S. 107.

III. Die durch centrale Neurosen bedingten Psychosen.

1. Die epileptischen Psychosen[1]).

Bei Epileptikern können geistige Störungen auftreten:

a) in unmittelbarer zeitlicher Verbindung mit dem klassisch-epileptischen Anfall als prä- (unmittelbar vor dem Anfall) oder

b) als postepileptische Psychose (unmittelbar nach dem Anfall),

c) als Aequivalent des epileptischen Anfalls, psychische Epilepsie, epileptoide Anfälle, Dämmerzustände[2]) (Epilepsia larvata).

Während diese unter 1 bis 3 erwähnten Formen acut oder subacut verlaufen, kann sich

d) auf dem Boden der Epilepsie eine chronische Geisteskrankheit entwickeln.

a) Präepileptisches Irresein.

Einem epileptischen Anfall Stunden, selbst Tage vorausgehend, kann sich ein Dämmerzustand zeigen, in welchem sich mit der Trübung des Bewusstseins und Ausschaltung des Selbstbewusstseins complicirte Handlungen vollziehen können. Dieselben haben den Charakter des Automatischen. Sind mit der Trübung des Bewusst-

---

[1]) Pick, Zeitschr. f. Heilkunde Bd. 10. Wildermuth, Württemberg. Correspondenzbl. 1890. Sommer, Arch. f. Psych. Bd. 11.

[2]) Diese Ausdrücke werden häufig promiscue gebraucht. Es empfiehlt sich, die kurzdauernden, wie ein kurzer epileptischer Anfall verlaufenden, epileptoide zu nennen, die protrahirten: Dämmerzustände.

seins Hallucinationen verbunden, so spricht man von Traumzuständen (cf. S. 51 u. 60).

Seltener tritt das präepileptische Irresein als Zustand tiefer Depression mit melancholischen oder hypochondrischen Wahnvorstellungen auf. Dieselben können sich mit Eintritt massenhafter Hallucinationen bis zur Tobsucht steigern. Der epileptische Anfall beendet in der Regel die geistige Störung, zuweilen jedoch setzt sie sich als postepileptische Psychose weiter fort.

b) Das postepileptische Irresein,

welches bei Weitem häufiger als das präepileptische vorkommt, kann als ein Dämmer- oder Traumzustand sich zeigen. Dabei treten Hallucinationen des Gesichts (öfters mit Rothsehen, Siemerling), auch Geruchshallucinationen (Schwefelgeruch), seltener Gehörshallucinationen auf.

Seltener tritt das postepileptische Irresein als manische Exaltation, bis zur Tobsucht sich steigernd, oder als melancholische Depression, im letzteren Fall in der Regel mit religiösen Ideen (Versündigungswahn) auf.

Der paranoische Symptomencomplex, welchen zuweilen das postepileptische Irresein bietet, äussert sich besonders in Verfolgungsvorstellungen, nicht selten auch verbunden mit Grössenideen. Dabei treten erhebliche Hallucinationen im Gemeingefühl und Organgefühl auf, auch ein stuporöser Zustand mit katatonischer Starre der Muskeln kann sich entwickeln. Selten bietet die postepileptische Psychose die Symptome der Dementia acuta.

Die Dauer der postepileptischen Psychose kann wenige Stunden bis mehrere Monate dauern. Bei der Wiederkehr derselben pflegt auch in Bezug auf die Aeusserungen von Hallucinationen und Wahnvorstellungen eine sehr auffallende Uebereinstimmung mit dem vorangegangenen Anfall zu bestehen.

Für die Zeit der Psychose fehlt oft jede Erinnerung, in anderen Fällen ist dieselbe in summarischer Weise vorhanden.

c) Epileptische Aequivalente.

Das epileptische Aequivalent kann in seiner Ausdehnung von einem secunden- oder minutenlangen Zustande von Bewusstlosigkeit, dem Auftreten einer schnell vorübergehenden Zwangsvorstellung bis zur Entwicklung einer wochen- und monatelangen (acut oder protrahirt verlaufendes epileptisches Aequivalent) Psychose verlaufen.

Das klinische Bild kann in dem letzteren Falle völlig dem bei der postepileptischen Psychose erwähnten gleichen. Zuweilen treten auch periodische Schlafanfälle (Narcolepsia epileptica) als Aequivalente auf.

Specielle Symptomatologie der acut oder subacut verlaufenden epileptischen Psychosen.

1. Die Hallucinationen betreffen vorzugsweise den Gehörssinn. In zwei Drittel aller Fälle bestehen Gehörshallucinationen isolirt, in etwa der Hälfte Gesichtshallucinationen, in etwa 40 % Hallucinationen in beiden Sinnen. Häufig sind die Hallucinationen in dem Organgefühle.

Meist sind die Hallucinationen schreckhafter Natur, zum Theil grausiger Art, doch kommen auch den Kranken ergötzende Erscheinungen von Gott, Engeln, vom Himmel vor.

2. Die Wahnvorstellungen können den allerverschiedensten Inhalt haben, häufig sind religiöse Wahnvorstellungen, oft auch solche erotischen und sexuellen Inhalts.

3. Das Selbstbewusstsein ist bei allen epileptischen Psychosen in erheblicher Weise gestört, vorübergehend oder auf längere Zeit völlig aufgehoben.

4. Die Handlungen bei den epileptischen Psychosen haben in der Regel etwas sehr Plötzliches und Gewaltsames und erscheinen die Kranken deswegen besonders gefährlich.

5. Die Amnesie, welche früher als ein charakteristisches Merkmal sowohl für den epileptischen Anfall wie für die acute epileptische Psychose erachtet wurde, ist in vielen Fällen keine vollständige, einzelne Ereignisse können reproducirt werden, andere nicht (inselförmige Erinnerung, Moeli).

6. In Bezug auf den körperlichen Zustand sind zu erwähnen die weiten Pupillen, welche gar nicht oder träge auf Licht reagiren, Herabsetzung der Sensibilität, Verstärkung der Sehnenreflexe. Die Zahl der Respirationen ist bei beschleunigtem Pulse verringert, die Temperatur meist subnormal.

Aetiologie. Warum bei manchen Epileptikern häufig epileptische Psychosen eintreten, bei anderen nie, wissen wir nicht. Der Missbrauch des Alkohols, psychische und somatische Traumen können befördernd auf den Eintritt von Psychosen wirken, ebenso die Pubertät. Auch Schwangerschaft und Wochenbett bringen bei epileptischen Frauen öfter epileptische Psychosen hervor. Wiederholt sah ich epileptische Psychosen ausbrechen, nachdem durch grosse Bromdosen die epileptischen Anfälle lange Zeit unterdrückt worden waren; in anderen, wo das Brom, welches die Anfälle wirksam zurückgehalten hatte, plötzlich ausgesetzt wurde. Eine Serie von epileptischen Anfällen, zuweilen ein Status epilepticus, endet ab und zu mit einer Psychose.

Diagnose. Die Diagnose der epileptischen Psychose gründet sich auf die Anamnese, den Nachweis von epileptischen Anfällen oder vorangegangenen epileptoiden Zuständen. Dabei ist auf Narben an der Zunge, im Gesicht, besonders an Stirn und Nase, als Zeichen

voraufgegangener Anfälle zu achten. Ist eine Anamnese zur Sicherung der Diagnose nicht vorhanden, so wird die epileptische Natur der Krankheit sehr wahrscheinlich gemacht:

1. durch das plötzliche und unerwartete Auftreten der Geisteskrankheit,

2. durch die ungemein starke Trübung des Bewusstseins (Umwölkung, Moeli),

3. durch Zuckungen in einzelnen Gliedern und

4. durch ein rasches Vorübergehen mit totaler oder partieller Amnesie.

Differentiell-diagnostisch kommen in Betracht:

1. Die acute alkoholistische Psychose. Häufig handelt es sich um eine Combination von Epilepsie und Alkoholismus. In Bezug auf den Alkoholismus wird die Anamnese wie der Nachweis der durch den Alkohol gesetzten körperlichen Veränderungen von Bedeutung sein.

2. Psychosen, welche durch organische Hirnerkrankung hervorgerufen werden (Heerderkrankung, progressive Paralyse u. s. w.), und welche epileptische Anfälle als Symptom erzeugen. Hier ergiebt die Untersuchung des peripherischen Nervensystems die nöthigen Anhaltspunkte.

Therapie. Die epileptischen Psychosen erfordern, wie bereits erwähnt, die sorgfältigste Ueberwachung, und wenn sie nicht, wie öfter, in wenigen Stunden vorübergehen, ist die Behandlung in einer Irrenanstalt nothwendig. Die Therapie hat die Epilepsie zu behandeln und kommen hier grosse Bromdosen, Digitalis, Atropin in Betracht. Um Beruhigung bei tobsüchtigen Zuständen zu schaffen, empfiehlt sich das Chloralhydrat, am besten im Klysma in Dosen von 2—3 g.

d) Chronische epileptische Psychosen.

Da, wo epileptische Anfälle häufig, wöchentlich oder mehrmals wöchentlich wiederkehren, aber auch dann, wenn sie seltener auftreten, viele Jahre bestehen, entwickelt sich meist ein krankhafter geistiger Zustand, dessen wesentliche Charaktere folgende sind:

1. Verlangsamung der Associationen und damit Kritiklosigkeit, mangelnde Ausdauer, damit Trägheit in der Schule, Schwierigkeit, den Aufgaben des Lebens gewachsen zu sein, ferner Verkümmerung früher vorhanden gewesener sittlicher Begriffe (ethische Defecte).

2. Herabsetzung des Gedächtnisses, besonders in Bezug auf die Ereignisse der jüngsten Zeit und das, was eben passirt ist.

3. Erhöhte Reizbarkeit mit mangelnder Widerstandsfähigkeit, leichtes Aufbrausen, gewaltsame Handlungen. Die Unruhe und Unstätheit führt zuweilen zu einem Wandertrieb (Poriomanie, Schultze).

4. Leichter und unmotivirter Stimmungswechsel.

5. Hypochondrische Stimmungen, Hervorkehren der eigenen Interessen, Besorgniss von anderen nicht genügend beachtet oder geschädigt zu sein. Dieser Egoismus macht die Epileptischen öfters zu „Familienlobrednern“.

Nur 25 % aller Epileptiker können als geistig normal erachtet werden.

Die Geisteskrankheiten, welche auf dem Boden der Epilepsie entstehen, treten vorzugsweise unter folgenden Bildern auf:

1. Geistige Schwäche bis zu den höchsten Graden des Blödsinns. Der epileptische Schwachsinn zeigt sich in vielen Fällen in Verbindung mit einer Neigung zu unsittlichen Handlungen („epileptischer moralischer Wahnsinn“, cf. S. 44).

Die höchsten Grade des epileptischen Blödsinns gehen sehr oft mit Lähmungszuständen, Contracturen, zuweilen mit einer vollständigen Verthierung einher. Zwischendurch können in diesem chronischen Zustand im Anschluss an epileptische Anfälle, welche denselben begleiten, oder als Aequivalente die verschiedensten Arten der epileptischen Psychosen auftreten, welche sich zuweilen bis zur Tobsucht steigern.

2. Paranoische Zustände, welche unter weiterer Entwicklung der oben geschilderten Beeinträchtigungsideen nicht selten mit Grössenideen verbunden sich zeigen und das Bild der functionellen Paranoia bieten würden, wenn nicht zwischendurch epileptische Anfälle den Verlauf unterbrechen und der geistige Schwächezustand schnell hervorträte.

3. Circuläre psychische Symptome, welche abwechselnd depressive und Exaltationszustände zeigen, deren Charakter im Uebrigen ebenso wie die oben erwähnten paranoischen Zustände durch die begleitenden epileptischen Anfälle und die geistige Schwäche verändert und dadurch von der functionellen circulären Psychose sich unterscheidet.

Der Verlauf der chronischen epileptischen Psychose ist ein sehr langsamer, die Dauer häufig ein Menschenalter, der Ausgang der Tod, welcher etwa in der Hälfte der Fälle im epileptischen Anfall eintritt.

Die pathologische Anatomie der epileptischen Psychosen zeigt bei langdauernden Fällen den Schädel dick und schwer, in der Hälfte der Fälle Adhäsionen der Dura an das Cranium, die Arachnoidea verdickt und milchig, erhebliche Vermehrung der Neuroglia, die Bleuler als Wucherungen der zwischen Pia und den äussersten tangentialen Nervenfasern gelegenen Gliafasern (diffuse Subpiagliose) erachtet, Atrophie der Stirn- und Scheitelwindungen. Ob die Veränderungen am Ammonshorn etwas für die Epilepsie Charakteristisches sind (Meynert, Bratz), muss weitere Untersuchung lehren.

Die Therapie erfordert die Behandlung der Grundkrankheit. Von Medicamenten kommen im Wesentlichen nur die Brompräparate und Atropin in Betracht.

Von ersteren gebe man einmalige Dosen (am besten Abends)

von 4—5—6 g in grosser Menge Flüssigkeit (man kann dasselbe mit kleinen Dosen Digitalis: 0,01 g, verbinden); das letztere wende man subcutan in Dosen von 0,0003—0,0006 1—2mal täglich an. Im Status epilepticus sind Chloralklystiere von Vortheil (2—3 g).

Symptomatisch ist eine dauernde Ueberwachung nothwendig. Die tobsüchtigen Epileptiker gehören zu den gefährlichsten Geisteskranken und bedürfen ausserdem mit Rücksicht auf die Verletzungen, welche sie sich selbst in dem Anfalle zufügen können, steter Aufsicht.

2. Die hysterischen Psychosen[1]).

Die Hysterie zeigt als wesentliche Symptome zwei psychische Eigenschaften: erstens die gesteigerte Affecterregbarkeit, zweitens die erhöhte Suggestibilität (Jolly).

Auf dem Boden der Hysterie können entstehen:

a) acut verlaufende Psychosen als prä- oder posthysterische oder als Aequivalente des hysterischen Anfalls;

b) subacute und chronische Geisteskrankheiten, hysterische Psychosen. Endlich

c) findet man vielfach die Symptome der Hysterie als Accedens bei einer anderen Psychose.

ad a). Zuweilen treten vor einem hysterischen Anfall — in ähnlicher Weise wie vor einem epileptischen — Dämmerzustände in längerer oder kürzerer Dauer auf. Aehnliches kann auch nach dem Anfall sich zeigen. Hier wird aber öfter folgendes Bild beobachtet: Nach Lach- und Weinkrämpfen, lebhafter motorischer Unruhe, wobei sich der Kranke im Kreise herumdreht, Purzelbäume schiesst, clownartige Bewegungen macht oder unter dem Bilde des Arc de cercle den Rücken verkrümmt, treten die Symptome der agitirten Form des Delirium hallucinatorium auf mit tobsüchtiger Erregung oder auch ein kataleptischer oder katatonischer Zustand, wobei der Körper regungslos erscheint, der Kranke wie eine Statue mit offenem Munde u. s. w. Zuweilen entwickelt sich auch, besonders bei Kindern, eine kindisch lustige Stimmung mit anhaltend geziertem Schwatzen, motorische Erregung, Neigung, Sachen zu beschädigen oder zu zerstören, im Anschluss an einen Anfall (Fürstner).

Die Aequivalente eines hysterischen Anfalls zeigen sich entweder unter dem Bilde eines Delirium hallucinatorium mit allgemeiner Unruhe, Clownismus u. s. w., öfter auch unter dem Bilde eines jener Zustände getrübten Bewusstseins, welche als Dämmerzustände, Stupor, Tobsucht geschildert wurden.

Hallucinationen des Gesichts zeigen sich dabei meist in Teufels- oder Thiergestalten, welche in Bewegung begriffen sind, dabei zuweilen von der anästhetischen resp. hyperästhetischen Seite nach der gesunden wandern. Durch Transfert kann man zuweilen die Richtung umkehren (Charcot).

---

[1]) Moravsik, Das hysterische Irresein. Zeitschr. f. Psych. Bd. 50. Fürstner, Arch. f. Psych. Bd. 31. Ganser, Arch. f. Psych. Bd. 30.

Auch Zustände von Ekstase (cf. S. 54) kommen hier vor. Zuweilen kommt es in solchen Zuständen zu einem Tentamen suicidii.

Es giebt ferner bei Hysterischen eigenthümliche Dämmerzustände mit Hallucinationen im Gesicht und Gehör und gleichzeitig vorhandener Analgesie, in denen der Kranke die unsinnigsten Antworten auf die einfachsten Fragen giebt und sich dabei kindisch und läppisch benimmt. Der Kranke macht dabei den Eindruck, als ob er simulire (Ganser). Ein solcher Anfall kann zuweilen mehrere Monate andauern (Jolly). Ferner sind zu erwähnen als Aequivalente des hysterischen Anfalls narkoleptische Zustände und Somnambulismus, bei welchen sich eine doppelte Persönlichkeit entwickeln kann (cf. S. 53).

ad b). Die subacute oder chronische hysterische Psychose kann auftreten:

1. Als eine Neigung zu unsittlichen Handlungen (hysterischer moralischer Wahnsinn), wobei die Intelligenz nicht wesentlich gestört zu sein braucht und das Gedächtniss gut erhalten ist. Neben den somatischen hysterischen Symptomen besteht ein andauernder Trieb, Unfrieden im Hause zu stiften, bei Frauen Beschimpfen und selbst körperliche Verletzungen der Dienstboten, Verlust des Schamgefühls, falsche Anschuldigungen, Diebstahl, Brandstiftung und ein das ganze Bild beherrschender Trieb zu lügen.

2. Mit den Symptomen des Delirium hallucinatorium, welches meist in der agitirten Form auftritt und sich mit jenem oben geschilderten Zustande deckt.

3. Als ein manischer bis zur Tobsucht sich steigernder Zustand, mit erotischen, zuweilen auch religiösen Wahnvorstellungen. Die begleitenden hysterischen Erscheinungen, speciell auch die Empfindlichkeit gegen äussere Eindrücke, werden sie leicht von der typischen Manie unterscheiden lassen.

4. Als melancholische Depression, welche sich nicht selten bei Hysterischen entwickelt. Sie unterscheidet sich von der typischen Melancholie durch die leichte Beeinflussbarkeit, die Trauer ist nicht tief, sie macht zuweilen den Eindruck des Gekünstelten, als ob es der Kranke nicht so ernst nehme, wie er angiebt.

5. Als eine paranoische Symptomengruppe. Bei Hysterischen entwickeln sich die Wahnvorstellungen besonders nach der religiösen oder erotischen Richtung hin. In Bezug auf erstere sind die religiösen Epidemieen bei Wundern, Wiedererweckungen, das epidemische Wallfahrerthum zu erwähnen. In Bezug auf die Beeinträchtigungsideen spielt der Eifersuchtswahn eine erhebliche Rolle (cf. S. 25).

ad c). Hysterische Symptome zeigen sich zuweilen bei Imbecillen, ferner bei acuten Psychosen (Manie, Melancholie, circuläre Psychosen, auch Paranoia), besonders wenn dieselben in der Pubertätszeit oder im Klimakterium auftreten. Sie begleiten ferner gewisse Intoxicationspsychosen (Morphinismus, Alkoholismus), besonders dann, wenn dieselben auf dem Boden der Hysterie entstanden sind.

Bei einem Theil der sogenannten hystero-epileptischen Psychosen ist die Grundkrankheit Epilepsie, es treten zu derselben hysterische Erscheinungen. In anderen Fällen handelt es sich lediglich um Hysterie, und die schweren Anfälle, bei welchen ein Bewusstseinsverlust eintritt, und welche den Eindruck epileptischer machen, sind ebenfalls nur hysterische.

Specielle Symptomatologie.

Hallucinationen. Gesichtshallucinationen sind häufig bei den hysterischen Psychosen, Gehörshallucinationen nicht so häufig, Geschmacks- und Geruchshallucinationen werden zuweilen in Form der angenehmen,

nicht der widrigen Sinnestäuschungen beobachtet. Die specielle Richtung der Wahnvorstellungen wurde oben schon erwähnt, charakteristische Wahnvorstellungen für die hysterische Psychose giebt es aber nicht. Das Gedächtniss der Kranken pflegt bei den hysterischen Psychosen gut zu sein, doch besteht für manche Störungen, speciell für Dämmerzustände, Zustände des Delirium hallucinatorium eine mehr oder minder gestörte Erinnerung. Zuweilen ist auch bei den anderen Formen das Gedächtniss herabgesetzt und wird der Bericht über die Erlebnisse durch phantastische Ausschmückung oft verändert.

Die sexuellen Gefühle, deren krankhafte Steigerung oft als ein Zeichen der Hysterie betrachtet wird, sind in einer grossen Zahl weder qualitativ noch quantitativ verändert, ja nicht selten ist sogar die sexuelle Erregbarkeit herabgesetzt (Fürstner). Die Liebesverhältnisse, die sie anknüpfen, entstehen meist nicht aus der sexuellen Erregung, sondern aus der Sucht, den anderen Ehegatten, die Eltern u. s. w. zu schädigen.

Die Sinnesnerven. Während eine krankhafte Herabsetzung und selbst Vernichtung der Sinnesempfindungen in einzelnen Sinnesnerven bei der Hysterie nicht selten ist (hysterische Amaurose, hysterische Taubheit, Ageusie, Anosmie), besteht doch bei der Mehrzahl der Hysterischen eine Ueberempfindlichkeit der betreffenden Sinnesnerven. Diese Ueberempfindlichkeit, welche sich auf das gesammte sensible Nervensystem ausdehnen kann, wird dann nicht selten die Ursache hypochondrischer Klagen.

Mit den Sensibilitätsstörungen verbinden sich Krämpfe und Lähmungen in den allerverschiedensten Formen, wie sie die Lehre von der Hysterie genauer beschreibt. Unter den Krämpfen sind besonders die rhythmischen Krämpfe der Respirationsmuskeln bei hysterischen Psychosen häufig zu beobachten. Wie aus der Neuropathologie bekannt, zeichnen sich die Leiden der Hysterischen dadurch aus, dass sie einer Beeinflussung durch andere Personen und durch Aenderung des Milieu ungemein zugänglich sind (Suggestibilität). Dies trifft auch für alle krankhaften psychischen Erscheinungen bei den Hysterischen zu und bietet nicht selten ein werthvolles diagnostisches Zeichen.

Aus dieser Suggestibilität resultirt die durch äussere oder innere Verhältnisse resp. Aenderungen derselben hervorgerufene ungemein grosse Labilität der Stimmung der Hysterischen.

Aetiologie. Während die Hysterie bei Männern nicht selten ist, kommen hysterische Psychosen bei ihnen nur ausnahmsweise vor. Dagegen wird bei Knaben, besonders auch in der Pubertätszeit, öfter das Bild der hysterischen Psychose gesehen. Vorzugsweise sind aber die hysterischen Psychosen beim weiblichen Geschlecht zu beobachten, treten hier in jedem Alter, besonders aber in der Pubertätsperiode und im Klimakterium auf. Die nächste Veranlassung zum Ausbruch der Psychose bei den hysterisch Kranken bildet in einer grossen Anzahl von Fällen ein psychisches Trauma: Aerger, Kummer, Sorgen, gekränkte Liebe, Schreck, Eisenbahnunfälle oder auch Unfälle anderer Art.

Dauer. Die hysterischen Psychosen verlaufen, abgesehen von den prä- und posthysterischen Anfällen und den Aequivalenten, meist subacut. Der Ausgang pflegt in der Mehrzahl der Fälle Heilung zu sein.

Die Diagnose einer hysterischen Psychose wird gesichert:

1. Durch die Anamnese. Entwicklung der Psychose aus einem hysterischen Anfall oder bei vorher deutlich ausgesprochener Hysterie.

2. Durch das psychische Bild, welches, wie die Hysterie selbst, lebhaften Wechsel der Erscheinungen und vor Allem eine erhebliche Beeinflussbarkeit zeigt. Dazu kommt die „ausserordentliche Leichtigkeit und Schnelligkeit, mit welcher sich psychische Zustände in mannigfaltigen körperlichen Störungen wirksam zeigen, seien es Anästhesie oder Parästhesie, seien es Ausdrucksbewegungen, Lähmungen, Krämpfe oder Secretionsanomalieen“ (Kräpelin).

3. Durch die begleitenden somatischen Erscheinungen, wie sie eben erwähnt worden sind, Clownismus u. s. w. Die reflectorische Pupillenstarre, deren Vorhandensein man früher als Beweismittel gegen die hysterische Natur eines Zustandes erachtete, kann auch bei hysterischen Anfällen vorkommen (Westphal, Karplus). Endlich sei darauf aufmerksam gemacht, dass hysterische Psychosen zuweilen in ausgezeichneter Weise einen Typus inversus der Körpertemperatur zeigen (meist sehr niedrige: am Morgen 36,6° C., am Abend 36° in der Achselhöhle).

4. Zuweilen lässt sich bei den hysterischen Psychosen durch Druck auf einen Punkt (links neben den oberen Cervicalwirbeln, Ovarialgegend) ein hysterischer Anfall auslösen.

Differentiell-diagnostisch kommen in Betracht:

1. Die Epilepsie mit den aus ihr sich entwickelnden Geistesstörungen. Hier unterscheidet einmal die Anamnese, die Beobachtung des hysterischen Anfalls mit seinen eigenthümlichen Erscheinungen gegenüber dem epileptischen und endlich die Suggestibilität, welche den Epileptischen fehlt.

2. Die organischen Psychosen werden von den hysterischen durch die charakteristischen Merkmale der organisch bedingten Lähmungen, Anästhesie u. s. w. gegenüber den etwa vorhandenen hysterischen diagnostisch gesichert.

Endlich ist in Bezug auf die Diagnose, wie oben bereits gesagt, zu berücksichtigen, dass die hysterischen Erscheinungen sich zuweilen mit anderen Psychosen verbinden.

Die Prognose der hysterischen Psychose ist im Ganzen als günstig zu betrachten, Recidive sind häufig. Manche Fälle gehen in secundäre Demenz über.

Die Therapie hat die Heilung der Hysterie als der Grundlage der hysterischen Psychose zur Aufgabe. Für alle hysterischen Psychosen ist als erste Forderung Isolirung (daher am besten Aufnahme in eine Anstalt) und absolute Ruhe im Bett zu empfehlen. Auch in der Anstalt werden hysterische Psychosen am besten isolirt. Für die zahlreichen Fälle mit ungenügender Ernährung empfiehlt

sich eine Mastkur. Im Uebrigen ist die betreffende geistige Störung, welche sich entwickelt hat, symptomatisch zu behandeln. Die vielfach empfohlenen und durchgeführten Operationen am weiblichen Genitalapparat sind zu verwerfen und können nur da eine Indication finden, wo eine Erkrankung jener Organe vorhanden ist, welche ohne Rücksicht auf die Psychose eine Operation indiciren würde. Aber auch in solchen Fällen wird man besser die Operation bis nach der Heilung der Psychose verschieben, wenn eine dringende vitale Indication nicht besteht.

3. Die choreatischen Psychosen[1]).

a) Chorea Sydenhamii.

Leichte Reizbarkeit, Wechsel der Stimmung, Nachlass des Gedächtnisses, Neigung zu Unarten, Trägheit sind die krankhaften psychischen Symptome, welche in der Regel die Chorea begleiten.

In einem verhältnissmässig geringen Procentsatz der Fälle von Chorea entwickelt sich eine Geisteskrankheit, welche in der Mehrzahl der Fälle unter dem Bilde eines Delirium hallucinatorium mit lebhafter motorischer Unruhe und heftigen choreatischen Bewegungen verläuft. Selten kommt es zu einer direct aus der choreatischen Bewegungsunruhe sich entwickelnden manischen Erregung (Jolly).

Von der Chorea minor ist die Chorea major zu trennen, bei welcher es sich um schwere Hysterie mit hysterischen Anfällen handelt.

Die choreatische Psychose geht in der Regel in Heilung über, nur ausnahmsweise kann sie, besonders bei der Chorea der Schwangeren, durch Erschöpfung und Complicationen, z. B. bei einem Partus praematurus, zum Tode führen.

Die Therapie erfordert Bettruhe, kräftige Ernährung, bei sehr starker motorischer Unruhe ist Antipyrin, 3mal täglich 0,5—1 g, zu empfehlen, in sehr schweren Fällen Chloralhydrat per Klysma.

b) Die Chorea chronica progressiva[2])

führt in der Mehrzahl der Fälle zu einer Reizbarkeit des Kranken, welche mit einer allmäligen Abschwächung der geistigen Kraft

---

[1]) Möbius, Seelenstörungen bei Chorea. Neurol. Beiträge II. Zinn, Arch. f. Psych. Bd. 27.

[2]) Ladame, Des troubles psychiques dans la chorée dégénérative. Archives de Neurologie 1900, Février.

verbunden ist, zuweilen kommen intercurrent auch paranoische Zustände mit und ohne Hallucinationen vor.

Ausnahmsweise entwickelt sich aus der Chorea chronica progressiva eine progressive Paralyse der Irren (Mendel, Wollenberg).

IV. Die Intoxicationspsychosen.

Wir unterscheiden:

1. Psychosen, welche durch ein im eigenen Körper bereitetes Gift entstehen: endogene Psychosen, Autointoxicationspsychosen.

2. Solche, welche durch ein in den Körper von aussen her eingeführtes Gift hervorgebracht werden: exogene Psychosen, und bei den letzteren wieder solche, welche durch Infection entstehen: Infectionspsychosen, solche, welche durch organische Gifte, und drittens solche, welche durch unorganische Gifte hervorgebracht werden.

1. Autointoxicationspsychosen. Endogene Psychosen.

A. Die durch eine Störung, resp. Aufhebung der Function der Schilddrüse hervorgebrachten Psychosen.

Das Experiment am Thier wie die Erfahrung beim Menschen, denen die Schilddrüse entfernt worden ist (Myxoedema operativum, Reverdin, Kocher), haben gezeigt, dass die Function der Schilddrüse für den gesammten Haushalt des Körpers von der erheblichsten Bedeutung ist. Doch ist es zur Zeit noch fraglich, ob die nach Einstellung oder nach krankhafter Veränderung der Function der Schilddrüse eintretenden Krankheitserscheinungen dadurch entstehen, dass ein durch den Stoffwechsel entstehendes Gift nicht neutralisirt wird oder lediglich dadurch, dass der in der Schilddrüse producirte Saft für den Stoffwechsel in Wegfall kommt, oder ob endlich beide Momente zusammenwirken.

a) Infantiles Myxödem[1]). (Idiotia myxoedematosa, sporadischer Cretinismus.)

Die Schädigungen der Schilddrüse, welche Myxödem hervorrufen, können das Kind vor der Geburt oder in den ersten Lebensjahren

[1]) Buschan, Ueber Myxödem und verwandte Zustände. 1896.

treffen. Die Erscheinungen des Myxödems bestehen im Wesentlichen in einem Zurückbleiben der körperlichen und geistigen Entwicklung. Der Wuchs ist zwerghaft. Die Kranken bleiben auffallend klein. Der Pascha vom Bicêtre war mit 19 Jahren erst 90 cm gross. Ein 7½jähriges Kind meiner eigenen Beobachtung hatte eine Körperlänge von 49 cm. Die Knochenbildung ist mangelhaft. Die Untersuchung mit Röntgenstrahlen zeigt das Zurückbleiben der Ossificationspunkte der Epiphysen. Im Gegensatz dazu findet sich bei der Rachitis eine Chondrodystrophia hyperplastica. Die Haut ist verdickt, trocken, gelblich gefärbt, die Augenlider sind schlitzförmig, die Lippen wulstig, die Nase ist dick, die Wangen sind wachsartig blass mit rothen Flecken. Am Kinn wie am Nacken finden sich myxödematöse Geschwülste, ebenso oberhalb der Schlüsselbeine und besonders auch an der Volarseite der ersten Phalangen der Finger. Die Haare sind spärlich oder fehlen ganz, in manchen Fällen selbst die Wollhaare. Die Zähne sind cariös, der Hals ist kurz und dick, die Clitoris ist meist verdickt, die Schilddrüse lässt sich durch Palpation nicht nachweisen, der Puls ist langsam, die Temperatur meist subnormal. Die Bewegungen der Kranken sind plump, der Gang oft watschelnd.

Die geistigen Fähigkeiten entwickeln sich nur sehr langsam. Kinder von 12—14 Jahren stehen in Bezug auf ihre Intelligenz auf dem Standpunkt von Kindern von 1—2 Jahren. Doch giebt es hier Ausnahmen, in welchen die Intelligenz nur wenig leidet. Die Sprache entwickelt sich ebenfalls nur sehr mangelhaft, hat öfters einen quiekenden und wimmernden Charakter. Das Wesen dieser Kranken ist meist ein freundliches und zutrauliches, zwischendurch werden in den ersten Jahren epileptische oder epileptiforme Anfälle beobachtet.

Mit dem Namen des myxödematösen Infantilismus hat Brissaud Zustände beschrieben, in welchen die körperlichen und geistigen Eigenschaften der Kindheit im höheren Alter bestehen bleiben. Grosser Kopf, länglicher Rumpf, vorstehender Bauch, rudimentäre Geschlechtsorgane, welche Mangel an Behaarung zeigen, gering entwickelte Brustdrüse, mangelhaft entwickelte Intelligenz, rasches und abnorm leichtes Eintreten, sowie spurloses Verschwinden starker Affecte setzen das Krankheitsbild zusammen. Aetiologisch kommt Alkoholismus der Eltern, hereditäre Syphilis, Tuberculose, schlechte Ernährung in Betracht. Zwischen diesem Infantilismus und der myxödematösen Idiotie giebt es fliessende Uebergänge.

Diagnose. Von der Idiotie unterscheidet sich die myxödematöse Idiotie durch den Mangel der körperlichen Symptome bei jener, von der fötalen Rachitis einmal durch den Mangel der Intelligenz-

störungen bei dieser und die eigenthümliche Beschaffenheit der Knochen, welche oben erwähnt wurde.

Die Therapie der myxödematösen Idiotie besteht in der Darreichung von Thyreoideatabletten à 0,3 g (Präparat von Borroughs, Welcome et Comp.). 1—2—3 solcher Tabletten werden täglich monatelang gegeben, eine Zeit lang wird dann ausgesetzt oder in geringerer Menge verordnet, um dann wieder damit zu beginnen. Zu achten ist darauf, dass das Körpergewicht nicht zu rasch und nicht zu stark sinkt, dass nicht eine abnorme Steigerung des Pulses oder eine Temperaturerhöhung eintritt, dass nicht collapsartige oder stenocardische Zustände sich zeigen, in welchen Fällen man das Darreichen der Tabletten unterbricht oder die Dosis herabsetzt.

b) Das Myxödem der Erwachsenen[1]) (Cachexie pachydermique)

entsteht entweder durch eine Erkrankung der Schilddrüse (z. B. nach übermässigem Jodgebrauch) oder durch eine chirurgische Entfernung der Schilddrüse (Myxoedema operativum).

Die körperlichen Erscheinungen sind dieselben wie diejenigen, welche wir soeben bei dem infantilen Myxödem geschildert haben, soweit es sich um die Zustände der Haut und ihrer Adnexe, den Puls, die Temperatur handelt. In Bezug auf den geistigen Zustand ist die Schwerfälligkeit des Denkens und Handelns, die erhebliche Herabsetzung des Gedächtnisses hervorzuheben. Es tritt eine hochgradige Apathie auf, so dass die Kranken für nichts mehr Interesse zeigen, sich um ihr Geschäft, ihre Familie nicht mehr kümmern. Bei höherer Entwicklung zeigen die Kranken den Zustand eines apathischen Blödsinns. Zuweilen nimmt die Krankheit unter Eintritt von Krämpfen und Coma einen tödtlichen Ausgang.

Auf dem Boden der Verlangsamung der psychischen Functionen entwickeln sich zuweilen weitere krankhafte psychische Symptome, besonders melancholischer Natur mit Angstzuständen, auch mit Hallucinationen in den verschiedensten Sinnen.

Das Myxödem der Erwachsenen trifft besonders Frauen (das Verhältniss zu den Männern ist etwa 4 : 1) im Alter von 30 bis 50 Jahren.

Die Therapie ist dieselbe wie bei dem Myxödem der Kinder, sie bringt neben den körperlichen Erscheinungen auch die psychischen Abnormitäten zum Verschwinden. Man gebe 3—5 Tabletten pro Tag.

---

[1]) Pilcz, Jahrb. f. Psych. 1901 S. 77.

c) Cretinismus[1]).

Der Cretinismus ist ein endemischer Idiotismus mit bestimmten körperlichen Veränderungen. Die letzteren bestehen im Wesentlichen im Zurückbleiben der Knochenentwicklung, Verdickung der Weichtheile und Erkrankung der Schilddrüse.

Dem Grade nach theilt man die Cretins ein:

1. In die typischen Cretins, welche weder intellectuelle Fähigkeiten noch eine articulirte Sprache noch Fortpflanzungsvermögen besitzen.

2. In die Halbcretins, welche beschränkte individuelle Fähigkeiten besitzen, die sich im Wesentlichen auf die Befriedigung leiblicher Bedürfnisse beziehen.

3. In Cretinöse, welche zu körperlicher Arbeit herangezogen werden, ein leichtes Handwerk erlernen können, dabei geistig schwach sind und häufig eine Neigung zu unmoralischen Handlungen haben.

Die Intelligenz der Cretins zeigt alle Abstufungen von einem geringen Grade von Schwachsinn bis zur höchsten Entwicklung der Idiotie. Die höheren Grade gehören meist der apathischen Form der Idiotie an.

Selten werden bei den Cretins Epilepsie oder Krämpfe beobachtet, öfter dagegen ein periodisches Auftreten von Suspension jedes geistigen Geschehens während mehrerer Stunden.

Die Sprache der Cretins ist, wenn sie überhaupt vorhanden, in der Regel gering entwickelt.

Der Schädel zeigt eine grosse Breite der Nasenwurzel, auffallend geringe Entwicklung der Schädelbasis und starke Hervorwölbung des Hinterhauptes. Die Ursache dieser Schädelbildung liegt darin, dass die Synchondrosis sphenobasilaris, welche unter normalen Verhältnissen bis zum 15. Lebensjahre besteht, vorzeitig verknöchert (Virchow).

Die Verdickung und Wucherung der Weichtheile zeigt sich im Gesicht wie am Rumpf und an den Extremitäten und gleicht vielfach den myxödematösen Schwellungen.

Die Schilddrüse ist in der Mehrheit der Fälle vergrössert, am häufigsten im Mittellappen.

Der Genitalapparat der Cretins bleibt meist auf einer kindlichen Stufe der Entwicklung stehen. Die Periode fehlt oder ist unregelmässig.

Aetiologie. In Deutschland findet man noch Cretinismus im Juragebirge und in den Vogesen, er wird dank den verbesserten hygienischen Verhältnissen auch dort immer seltener. In Oesterreich ist er im Salzburgischen, Steiermark, Tirol, in der Schweiz im Canton Wallis, Uri, Waadt, in Italien in Piemont, in der Lombardei, Venetien, in Frankreich in Savoyen und in den Pyrenäen zu treffen. (Insgesammt wurden 1893 in Oesterreich 17293 Cretinen gezählt, d. h. 74 auf 100000 Einwohner.)

Es giebt mehr männliche als weibliche Cretins.

Die Ursache des Cretinismus ist in einem fehlerhaften Trinkwasser zu

---

[1]) Allara, Der Cretinismus. Leipzig 1894.

suchen. Die specielle Schädlichkeit desselben kennen wir nicht. Es ist anzunehmen, dass dieses Trinkwasser die Functionen der Schilddrüse stört und dass diese Störung die Ursache des Cretinismus ist. Der Verlauf des Cretinismus ist ein chronischer, im Allgemeinen erreichen die Cretins kein hohes Alter. Die Prognose des Cretinismus ist ungünstig.

Die Therapie hat in erster Linie prophylaktisch die allgemeinen hygienischen Verhältnisse der befallenen Gegenden zu verbessern. Im Uebrigen ist auch hier die Thyreoideabehandlung zu versuchen, wenn es auch bisher noch an erheblichen Erfolgen nach dieser Richtung hin fehlt.

Da, wo hilflose Cretins zu Hause nicht verpflegt werden können oder da, wo diese zu gewaltthätigen Handlungen neigen, ist ihre Behandlung in einer Irrenanstalt erforderlich.

d) Psychosen bei Basedow'scher Krankheit[1]).

Ich habe die Basedow'sche Krankheit hier eingereiht, obwohl es bisher noch als zweifelhaft betrachtet werden muss, ob der Symptomencomplex dieser Krankheit auf einer Autointoxication, deren Ursache die mangelnde oder gestörte Function der Schilddrüse ist, oder auf einer centralen Erkrankung des Nervensystems beruht, und ob nicht die Erkrankung der Schilddrüse nur eine Theilerscheinung der eigentlichen Krankheit bildet.

Die grösste Zahl der an der Basedow'schen Krankheit leidenden Personen ist reizbar, beweglich, manche sind andauernd deprimirt, andere wieder besonders heiter, und die Psychosen, welche sich auf dem Boden der Basedow'schen Krankheit entwickeln, zeigen zum Theil den Charakter der hysterischen Psychose, andere verlaufen im Bilde des Delirium hallucinatorium, endlich giebt es melancholische Zustände und dann wieder (seltener) paranoische Zustände, welche sich bei der Basedow'schen Krankheit entwickeln. Die Therapie hat sich in erster Linie gegen diese Krankheit zu richten, in zweiter Reihe symptomatisch die Indicationen der speciellen psychischen Krankheit zu berücksichtigen.

B. Psychosen, welche durch Autointoxication vom Darm oder von anderen Organen aus erfolgen.

Man nimmt in diesen Fällen an, dass Toxine gebildet werden, welche eine Vergiftung des Gehirns und damit eine Psychose herbeiführen. Der Ausgangspunkt dieser Autointoxication kann der Darm sein, und in diesen Fällen geht die Psychose mit Acetonurie und erheblicher Indikanausscheidung einher (cf. S. 95).

Diese Psychosen verlaufen in der Regel günstig, doch giebt es auch Fälle, in welchen sie unter dem Bilde des Delirium acutum schnell zum Tode führen[2]).

Ferner können Toxine mit ihren schädlichen Folgen für das Hirn entstehen bei Leberkrankheiten, Lungentuberculosis (hier besonders hypochondrisch depressive Zustände), bei Morbus Brightii (als milde Form der Urämie in der Regel mit Störung des Bewusstseins und Krampfanfällen), bei Gicht, Tetanie[3]), Diabetes. Die diabetischen Psychosen[4]) treten zuweilen

---

[1]) Mannheim, Der Morbus Gravesii. Berlin 1897.
[2]) v. Sölder, Jahrb. f. Psych. 1898.
[3]) Luther, Zeitschr. f. Psych. Bd. 58, 1901.
[4]) Laudenheimer, Berl. klin. Wochenschr. 1898.

unter dem Bilde der hallucinatorischen Paranoia mit Verfolgungsideen auf, zuweilen sind es anscheinend typische Melancholieen, zuweilen bieten sie einen Zustand geistiger Schwäche mit Lähmungszuständen dar, so dass der Verdacht auf eine sich entwickelnde Paralyse entstehen kann.

Bei Carcinom der verschiedensten Organe wird zuweilen Psychose beobachtet[1]).

Die meisten der hierher gehörigen Psychosen verlaufen acut unter dem Bilde eines Delirium hallucinatorium, doch kommen auch häufig Depressionszustände mit hypochondrischem Charakter vor, ebenso wie auch geistige Schwächezustände beobachtet werden.

Die Therapie hat in erster Reihe die Causalindication zu erfüllen, in Bezug auf die vom Darm aus entstehenden Psychosen empfiehlt sich die Darreichung von Calomel (0,3—0,5 g Calomel in 10 Pillen vertheilt, welche den Tag über genommen werden) oder Jodoform in Dosen von 1 g ebenfalls auf 10 Pillen vertheilt (v. Wagner).

2. Psychosen, welche durch ein von aussen her in den Körper eingeführtes Gift hervorgerufen werden (Exogene Psychosen).

a) Psychosen, hervorgebracht durch Infectionskrankheiten. Infectionspsychosen[2]).

Es ist zweifelhaft, ob das Gift der Infectionskrankheit direct die Psychose hervorruft, oder, was wahrscheinlicher ist, im Lauf der Infectionskrankheit toxische Substanzen im Körper gebildet werden, welche nach Ablauf der körperlichen Erkrankung die Psychose bedingen. Für die Entstehung krankhafter psychischer Erscheinungen durch das primäre Gift sprechen die Initialdelirien bei Infectionskrankheiten.

Dieselben gehen in der Regel mit tiefer Störung des Bewusstseins und zahlreichen Sinnestäuschungen einher. Oefter steigert der Inhalt derselben den Angstzustand zu tobsüchtiger Erregung.

Dasselbe gilt im Wesentlichen von den zuweilen auf der Höhe des Fiebers sich so steigernden Delirien, dass der Patient den Eindruck eines Geisteskranken macht.

Derartige Fälle von Initialdelirien und Fieberdelirien beschäftigen den Psychiater meist nur dann, wenn ein Fehler der Diagnose vorliegt (die geistige Störung verdeckt die somatische Erkrankung) oder bei Epidemieen in den Irrenanstalten.

Beim Typhus gehen die Initialdelirien zuweilen dem deutlichen Erscheinen der körperlichen Symptome voraus und verschwinden mit ansteigendem Fieber.

---

[1]) Elzholz, Jahrb. f. Psych. 1898.
[2]) Kräpelin, Arch. f. Psych. XI, S. 161.

Die auf der Fieberhöhe vorhandenen Delirien verschwinden meist mit dem Abfallen des Fiebers, in manchen Fällen tritt hierbei ein Collapsdelirium mit hochgradiger Verwirrtheit und massenhaften Hallucinationen auf (Delirium hallucinatorium).

Die grösste Zahl der Infectionspsychosen [1]) entwickelt sich nach dem Ablauf des Fiebers und zu einer Zeit, in welcher man erwartete, dass der Kranke in die Reconvalescenz eintritt. Zuweilen werden Hallucinationen aus dem Fieberstadium mit in die Reconvalescenz und die Psychose hinübergenommen. Sie bilden zuweilen den Kern, um den sich die weitere Wahnbildung krystallisirt.

Die Krankheiten, welche hier vorzugsweise in Betracht kommen, sind die Influenza, der Typhus [2]), Dysenterie, Gelenkrheumatismus, Lungenentzündung, Cholera, Diphtherie, Lepra [3]), Erysipel, Variola, Pertussis [4]), Neuritis multiplex.

Die Psychosen nach Typhus zeichnen sich durch grosse Prostration der Kräfte aus. Sie zeigen im Uebrigen wie die Influenzapsychosen sehr mannigfache Formen. Besonders häufig treten die Psychosen unter dem Bilde des Delirium hallucinatorium auf, in zweiter Reihe kommen die depressiven Formen, speciell die melancholischen Geistesstörungen, selten sind die manischen Formen, noch seltener die Dementia acuta. Oefter kommt es zur Entwicklung eines alkoholischen Deliriums oder zu hysterischen Psychosen nach Infectionskrankheiten. Der Ausgang der Infectionspsychosen ist meist günstig, doch kommt auch Uebergang in chronische Paranoia und secundäre Demenz vor.

Eine pathologische Anatomie dieser Psychosen existirt bisher nicht.

Mit dem Namen der Korsakoff'schen Psychose (Jolly [5]) wird eine besondere, zuerst von Korsakoff beschriebene Form einer Infectionspsychose bezeichnet, welche sich in der Mehrzahl der Fälle an eine multiple Neuritis (aber auch ohne Neuritis wird der psychische Symptomencomplex beobachtet), speciell bei Alkoholisten, anschliesst, aber auch ohne Alkoholismus nach verschiedenen Infectionskrankheiten, wie Typhus, Syphilis, beobachtet wurde, zuweilen auch durch Traumen des Schädels ausgelöst wird.

---

[1]) Adler, Zeitschr. f. Psych. Bd. 53.

[2]) Friedländer, Ueber den Einfluss des Typhus abdominalis auf das Nervensystem. Berlin 1901.

[3]) Max Laehr, Die nervösen Krankheitserscheinungen der Lepra. Berlin 1899.

[4]) May, Arch. f. Kinderheilkunde 1901.

[5]) Charité-Annalen 1897.

In der Regel bildet das erste Stadium der Krankheit das Symptomenbild der multiplen Neuritis mit Stumpfheit und Parästhesie an Händen und Füssen, mit Paresen, besonders an den Beinen, Abmagerung der Musculatur, Veränderung der elektrischen Erregbarkeit, in schweren Fällen Entartungsreaction, Schmerzhaftigkeit der peripherischen Nervenstämme auf Druck, Abschwächung oder auch Fehlen der Sehnenreflexe, schliesslich auch der Hautreflexe, bei ungestörten Visceralreflexen mit schweren gastrischen Störungen und Pulsbeschleunigung. In anderen Fällen sind die Erscheinungen und Beschwerden der Polyneuritis so geringfügig, dass die Krankheit erst mit einem delirirenden Zustand des Kranken zu beginnen scheint, welcher den Eindruck eines Alkoholdeliriums macht, bei welchem aber bei der Untersuchung sofort die neuritischen Erscheinungen auffallen. Zuweilen tritt statt dieses Deliriums ein stuporöser Zustand auf.

Die psychischen Störungen, welche das nun folgende Stadium der Krankheit charakterisiren, zeigen eine hochgradige Unorientirtheit über Zeit und Ort mit besonders auffälligen Störungen des Gedächtnisses, welche zum Theil amnestischer (auch mit retroactiver Amnesie), zum Theil paramnestischer Natur sind. Der Kranke besitzt eine erhebliche Störung der Merkfähigkeit, vergisst sofort oder nach wenigen Minuten, was eben gesagt oder passirt ist, und das früher Erlebte, dessen Gedächtniss ihm mangelt, ersetzt er durch Bilder, welche er zum Theil in Träumen, zum Theil durch Hallucinationen, zum Theil durch Umwandlung augenblicklicher Wahrnehmungen phantastisch erzeugt. Dadurch kommt dann ein höchst auffallendes Fabuliren, Erzählen von incohärenten Räubergeschichten zu Stande.

Der Verlauf dieser Krankheitsform ist in der Regel ein protrahirter, Hallucinationen und Erinnerungslosigkeit nehmen nach und nach ab. Zuweilen treten während desselben noch Abducensparesen, auch Lähmungen anderer Augenmuskeln, Nystagmus, Gaumensegelparese auf. Der Ausgang ist meist Genesung, öfter nach einer Dauer von einem Jahr und länger, in manchen Fällen entwickelt sich ein geistiger Schwächezustand, in anderen ein paranoischer Symptomencomplex, endlich kann auch der Tod eintreten.

In Bezug auf die Diagnose kommt differentiell in Betracht vor Allem die Paralyse. Hier wird einmal die Entwicklung der Krankheit, welche bei der Paralyse eine viel langsamere als bei der Korsakoff'schen Psychose ist, vor Allem aber der Nachweis der multiplen Neuritis, welche nicht zum Bilde der Paralyse gehört, entscheidend sein.

Die Therapie ist, wenn die Krankheit auf dem Boden des Alkoholismus entstanden, gegen diesen zu richten, im Uebrigen symptomatisch.

Die Psychosen, welche durch Infection mit syphilitischem Gift entstehen, cf. S. 96.

b) Ergotinismus (Kriebelkrankheit)[1].

Der Genuss des Mutterkorns kann psychische Krankheiten hervorrufen, welche mit seltenen Ausnahmen erst monatelang nach der acuten Intoxication entstehen, mit Cachexie, meistens mit epileptischen Anfällen beginnen, von körperlichen Symptomen Ataxie und Störungen der Sensibilität zeigen und in der Regel mit melancholischer Depression, grosser Benommenheit und erheblichem Darniederliegen sämmtlicher geistiger Functionen einhergehen. Nach Verschwinden der krankhaften psychischen Erscheinungen bleiben öfter epileptische Anfälle noch lange zurück, auch der Patellarreflex kann noch lange fehlen. Die Therapie hat vor Allem die Prophylaxe, Besserung der Ernährungsverhältnisse u. s. w. zu berücksichtigen.

---

[1]) Tuczek, Arch. f. Psych. Bd. 13.

c) Pellagra[1]) (Maïdismus, Psychoneurosis maïdica).

Durch verdorbenen Mais wird eine Krankheit erzeugt, welche im Prodromalstadium allgemeine Unbehaglichkeit, leichte Ermüdbarkeit, Verdauungsstörungen, meist mit einer Röthung gewisser Hautstellen, zeigt. Die Haut wird rauh, rissig, vom Epithel entblösst. Das zweite Stadium wird durch die krankhaften Erscheinungen des Intestinaltractus beherrscht, und das dritte Stadium zeigt neben Störungen des Nervensystems (Schwäche und Paresen, Parästhesieen und Anästhesieen, Abschwächung der Hautreflexe und Steigerung der Sehnenreflexe) eine melancholische Depression, welche oft in die stuporöse Form übergeht.

Hier wie bei dem Ergotinismus ist die Aufgabe der Therapie im Wesentlichen eine prophylaktische.

3. Psychosen, welche durch organische Gifte hervorgebracht werden.

a) Alkoholpsychosen[2]).

Der Alkohol nimmt in der Aetiologie der Geisteskrankheiten eine sehr hervorragende Stelle ein. Mindestens in 15% aller Fälle von Geisteskrankheit ist der Alkoholismus die directe Ursache der Geisteskrankheit oder wenigstens eine der hauptsächlichsten. Wir unterscheiden 1. acute, 2. subacute und 3. chronische Alkoholpsychosen.

1. Die acute Alkoholpsychose[3]) (pathologische Trunkenheit).

Die acute Alkoholvergiftung interessirt hier nur insoweit, als die mit Trunkenheit bezeichneten Zustände in abnormer Weise verlaufen. Diese abnormen Zustände von Trunkenheit entstehen in der grossen Mehrzahl der Fälle auf dem Boden des chronischen Alkoholismus, doch kommen auch ohne diesen acute Alkoholpsychosen nach Ueberstehen sehr schwächender körperlicher Erkrankungen, auf dem Boden erheblicher hereditärer Belastung, bei Epileptikern, nach Schädelverletzungen vor. Sehr oft ist nicht die Menge des genossenen Alkohols für das Zustandekommen solcher abnormer Zustände entscheidend, als vielmehr die individuelle Beschaffenheit und die äusseren Verhältnisse, unter welchen das Gift genossen. Dieselben können sich zeigen:

a) Unter dem Bilde der apoplektischen Trunkenheit. Die Bewusstlosigkeit des Trunkenen geht unter den Zeichen einer allgemeinen Lähmung in den Exitus letalis über.

b) Als convulsive Form der Trunkenheit, welche einen epileptischen Anfall erzeugt und ihm nachfolgend manische Zustände, welche bis zur Tobsucht (Mania acutissima ebriorum) sich steigern kann. Dieser Zustand

---

[1]) Jahrmärker, Arch. f. Psych. Bd. 35, 1901.

[2]) Magnan, De l'Alcoolisme. Deutsch von Moebius 1893. Siemerling, Charité-Annalen 1891. Moeli, Statistisches und Klinisches über Alkoholismus. Charité-Annalen 1884. Liepmann, Arch. f. Psych. Bd. 27. Baer, Alkoholismus 1878.

[3]) Bonhöffer, Die acuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. Jena 1901.

wird von vielfachen, schreckhaften Hallucinationen begleitet und führt nicht selten zur gewaltsamen Zerstörung alles dessen, was in der Nähe des Tobsüchtigen ist.

c) Dämmerzustände (alkoholistischer Trance) (cf. S. 52).

Der Vergiftete erscheint nach seinem äusserlichen Verhalten ruhig, beantwortet Fragen gewohnten Inhalts ohne Zögern und sachgemäss, fällt auch in seinen gewöhnlichen körperlichen Verrichtungen kaum auf — kurz, er macht auf manche Menschen seiner Umgebung, welche ihn nicht genauer beobachten, den Eindruck eines gesunden Menschen.

Dann zeigen sich aber ganz auffallende Handlungen, sei es in Verletzung gewöhnlicher Regeln des Anstandes (unanständige Aeusserungen, Uriniren vor Personen des anderen Geschlechts u. s. w.), sei es in Begehen strafbarer Handlungen (Majestätsbeleidigungen, Exhibitionismus, Verbrechen gegen die Sittlichkeit, Feueranlegen, gewaltsame Handlungen gegen Andere, zuweilen auch Tentamina suicidii).

Oefter verlaufen diese Zustände mit einer gewissen Angst, mit Wahnvorstellungen der Verfolgung und schreckhaften Hallucinationen, welche Weinen und Schreien hervorrufen.

Es besteht in der Mehrzahl der Fälle während dieses Zustandes die Möglichkeit einer Ablenkbarkeit des Kranken für kurze Zeit und damit auch die Möglichkeit der Unterbrechung einer eben in Vorbereitung oder in Ausführung begriffenen Handlung.

Diese selbst steht nicht selten mit Erinnerungsbildern und Strebungen aus der Zeit vor dem Eintritt der Bewusstseinstrübung in Zusammenhang.

Selten tritt statt des Dämmerzustandes ein Zustand von Stupor ein, zuweilen aber Tobsucht auch ohne das Mittelglied eines epileptischen Anfalles, wie er oben erwähnt.

Die Dauer eines pathologischen Rausches kann wenige Minuten, auch Stunden, ausnahmsweise einen Tag betragen und nimmt derselbe in der Regel seinen Ausgang in einen festen und tiefen Schlaf.

2. Die subacuten Alkoholpsychosen.

Das Delirium tremens, der Säuferwahnsinn[1]. Wir unterscheiden im Verlauf des Delirium tremens vier Stadien:

1. Das erste Stadium zeigt neben gastrischen Störungen gewisse Zeichen der Angst und vereinzelte Hallucinationen. Der Kranke weiss sich aber nach aussen hin noch zu beherrschen, verrichtet seine Arbeit weiter.

2. Das zweite Stadium zeichnet sich durch eine Trias von Symptomen aus: 1. Zittern, 2. Schlaflosigkeit, 3. Wahnvorstellungen mit Sinnestäuschungen. Aus diesem Stadium kann der Kranke nach einigen Tagen oder Wochen in Genesung übergehen oder es entwickelt sich ein

Drittes Stadium mit lebhafter Agitation, gewaltsamen Handlungen unter Steigerung der Hallucinationen. Der Kranke schreit, zankt, schlägt; es kann die Erregung bis zum höchsten Grade des Furor sich steigern.

Das vierte Stadium besteht in dem Zutritt von epileptischen Krämpfen, welche dann in der Regel zum Tode führen, oder es entwickeln sich mussitirende Delirien, der Puls wird klein, frequent, die Temperatur steigt auf 39,40, der Tod tritt unter Erschöpfung ein. Zuweilen kommt dies auch ganz plötzlich unter Collapserscheinungen zu Stande.

Abweichungen von dem geschilderten Verlauf zeigen:

a) Die abortive Form des Delirium tremens (Näcke) mit geringen, meist nur hypnagogischen Hallucinationen, bei welchen der Kranke äusserlich

---

[1]) Der Name stammt von Thomas Sutton **1813**.

verständig erscheint, auch die gewohnte Arbeit, wenn auch mit Unterbrechungen, verrichtet.

b) Das Delirium tremens chronicum (Näcke). Das Delirium zieht sich dadurch wochenlang hin, dass immer neue Recidive der Krankheit kommen, wenn der eine Anfall abgelaufen erscheint.

c) Das Delirium tremens febrile (Delasiauve). Das oben bezeichnete vierte Stadium erscheint nach kurzem Prodromalstadium, das zweite und dritte Stadium fallen aus.

d) Das Delirium tremens polyneuriticum, Korsakoff'sche Krankheit (cf. S. 184).

Specielle Symptomatologie.

Illusionen und Hallucinationen kommen besonders im Gesicht vor. Es sind kleine Thiere, Käfer, Frösche, Flöhe, welche der Kranke in den Falten der Bettdecke sieht. Aber auch grosse Thiere, Rhinoceros u. s. w., sieht der Kranke durch die Thür hineintreten. Liepmann sah solche Thierhallucinationen in 70 % aller Fälle. Die Form dieser Hallucinationen steht oft im Zusammenhang mit den Störungen der Association der Augenmuskeln, auch mit dem Tremor des Brücke'schen Muskels und wird oft begleitet von Verlust der Farbenempfindung. Gehörsillusionen und Hallucinationen sind meist schreckhafter Natur, die Kranken hören sich beschimpft, bedroht, mit den gemeinsten Ausdrücken belegt, zuweilen hört der Kranke seine eigenen Gedanken aussprechen. Geruchs- und Geschmackshallucinationen sind seltener, häufig dagegen kinästhetische Hallucinationen. Die Hallucinationen, welche im Anfang der Krankheit einen mehr stabilen Charakter haben, treten später mit lebhaftem Wechsel auf und sind dann in fortwährender Bewegung; während sie am Tage mehr zurücktreten, sind sie besonders lebhaft in der Nacht. Es bietet ein eigenthümliches Bild, derartige Deliranten, welche am Tage völlig orientirt zu sein scheinen, die grässlichsten Räubergeschichten erzählen zu hören, welche sie in der Nacht erlebten und von deren objectiver Wahrheit sie auf das festeste überzeugt sind. Man kann die Hallucinationen im Gesicht durch Druck auf den Augapfel bei den Deliranten öfter hervorrufen. Die bei Gesunden erscheinende Purkinje'sche Druckfigur zeigt sich als Sonne, Mond, Sterne zusammenhanglos, aber nicht schreckhaft oder beängstigend (Liepmann). Oefter sieht man, wie der Kranke den Hallucinationen gegenüber gewissermassen beobachtend gegenübersteht, er erklärt, was man ihm alles für Dinge vormacht, welche Sachen jetzt noch kommen werden u. s. w. Eigenthümlich ist diesen Deliranten die Fähigkeit, auf Suggestion hin, besonders im optischen Gebiet, Hallucinationen zu bekommen. „Dort ist eine Spinne!" Der Kranke sieht sie sofort.

Mit „Vexirhallucinationen" bezeichnet Bonhöffer die Thatsache, dass die hallucinirten Gegenstände, nach welchen der Delirant greifen und sie fassen will, im selben Augenblick verschwinden.

Die Wahnvorstellungen stehen mit den Hallucinationen in engem Zusammenhang, sind wie diese fast durchgehends schreckhafter, persecutorischer Natur. Selten verdichten sich die Wahnvorstellungen so, dass der Delirant glaubt, ein anderer geworden zu sein. So toll die Dinge sind, die er erleidet und die er erzählt, so weiss er doch über seine Person und seine Verhältnisse objectiv Auskunft zu geben und lässt sich dabei leicht vorübergehend von seinen Hallucinationen und Wahnvorstellungen ablenken in dem Grade, dass die Aufmerksamkeit für eine kurze Zeitspanne annähernd die Schärfe des Gesunden erreichen kann (Bonhöffer). Häufig sieht man ihn in seinen Delirien in der gewohnten Arbeit und in der sonst von ihm eingenommenen Situation beschäftigt (Beschäftigungsdelirium).

Die Gemüthsstimmung ist entsprechend den Hallucinationen und Wahnvorstellungen ängstlich, furchtsam, misstrauisch. Manche Deliranten zeigen sich jedoch heiter, eine Heiterkeit, welche Kräpelin treffend mit dem Namen Galgenhumor bezeichnet hat.

Die Handlungen resultiren aus Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen. Sie werden öfter gewaltsam als Abwehr gegen die Feinde und führen in Folge von Hallucinationen auch nicht selten zu Selbstbeschädigungen. Der Kranke geht aus dem Fenster, das er für eine Thür hält, er springt über eine Brücke, weil er das Geländer für eine Person hält, die ihn am Weitergehen verhindern will. Die Sprache ist schwer, oft bradyphratisch, zuweilen ataktisch, nur ganz ausnahmsweise kommt ein dem Silbenstolpern der Paralytiker ähnlicher Zustand vor. Der Selbstmord tritt in etwa 5 bis 10 % der Fälle auf.

Körperliche Symptome.

Das Zittern erstreckt sich nicht bloss auf die Finger, sondern breitet sich über den ganzen Körper, speciell auch auf die Zunge, die Augenlider, die Augenmuskeln u. s. w. aus. Das Zittern ist ein schnellschlägiges, 8- bis 10mal in der Sekunde.

Paresen und Paralysen entwickeln sich in der Regel nur da, wo eine Neuritis durch den Alkoholismus hervorgerufen wurde. Die sensiblen Nerven zeigen im Beginn der Erkrankung Hyperästhesieen und Parästhesieen, später Hypästhesieen, in der grossen Mehrzahl der Fälle Analgesie[1]).

Die Sehnenreflexe sind in frischen Fällen stark, schwächen sich im Verlauf häufig ab und können bei ausgesprochner Neuritis völlig fehlen. Die Hautreflexe sind meist nicht verändert, Trägheit der Pupillenreaction ist häufig, reflectorische Pupillenstarre dagegen ungemein selten.

Epileptische Krämpfe, welche bei dem Delirium tremens vorkommen, können einer bereits vorher vorhanden gewesenen Epilepsie angehören (Alkoholismus findet sich häufig bei Epileptikern), zuweilen beginnt das Delirium tremens mit einem epileptischen Anfall, verdankt dem letzteren den Ausbruch oder der epileptische Anfall ist die erste Erscheinung der alkoholistischen Gehirnaffection. Endlich können epileptische Anfälle das tödtliche Ende bezeichnen.

Das Blut zeigt (bei Aderlässen schon erkennbar) einen erhöhten Fettgehalt (Piarrhämie). Der Fettgehalt des Blutes, welcher normal 2—2½ % beträgt, kann auf 4—11 % steigen. Der Puls ist klein, häufig, die febrile Form des Delirium tremens zeigt schon im Beginn 130—160 Pulsschläge in der Minute. Die Körpertemperatur bietet unter gewöhnlichen Verhältnissen keine wesentlichen Abweichungen. Fällt sie unter 36°, so ist Collaps zu befürchten, und erhöht sie sich über 38°, so ist auf eine Complication mit anderen Erkrankungen (Pneumonie u. s. w.) zu rechnen. Der Urin enthält oft Eiweiss (Liepmann fand dasselbe in 76 % aller Fälle, Hertz will constant eine acute Nephritis gefunden haben und betrachtet diese als das primäre Leiden). Die Schweissbildung ist in der Regel gesteigert. Neben diesen Erscheinungen sind in der grossen Mehrzahl der Fälle die gewöhnlichen körperlichen Symptome des chronischen Alkoholismus nachzuweisen, wie Atherose des Aortensystems und Degeneration des Herzmuskels, Fettleber und Lebercirrhose, chronische Nierenkrankheit.

Das Delirium tremens befällt vorzugsweise Männer im Alter von 35—45 Jahren, kommt aber auch bei Kindern und bei Greisen vor. Frauen werden selten davon befallen; die Mortalitätsliste zeigt, dass auf 10 Todesfälle an Säuferwahnsinn bei Männern 1 solcher bei einer Frau kommt.

---

[1]) Schulz, Neuritis der Alkoholisten. Neurol. Centralbl. 1885.

Die Gelegenheitsursachen zum Ausbruch des Delirium tremens bilden Entziehung des Giftes, die verschiedensten inneren Erkrankungen (besonders Pneumonie), Kopfverletzungen, Knochenbrüche, auch psychische Traumen (Aerger u. s. w.), endlich ein epileptischer Anfall. Wie der Genuss des Alkohols, so kann auch Einathmung von Alkoholdämpfen zum Delirium tremens führen.

Die Ausgänge des Delirium tremens sind:

1. Heilung, welche entweder nach einem kritischen Schlaf, welcher 30—40 Stunden dauern kann, eintritt oder allmälig sich entwickelt. 75 % der Deliranten werden wieder hergestellt.

2. Uebergang in chronischen Alkoholismus.

3. Der Tod, welcher in Deutschland in etwa 12—15 % der Fälle erfolgt (Pneumonie, Selbstbeschädigungen, acute Darmaffectionen). Zuweilen erfolgt derselbe durch Selbstmord unter dem Einfluss von Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen.

Die pathologische Anatomie hat besondere für das Delirium tremens charakteristische Veränderungen im Gehirn nicht ergeben; in schweren Fällen fand sich ein verbreiteter, das Grosshirn in diffuser Weise treffender degenerativer Process, welcher auch im Kleinhirn und in den centripetalen Bahnen nachweisbar und im Höhlengrau eine Prädilectionsstelle für hämorrhagische Infiltration ist (Bonhöffer, Monatsschr. f. Psych. Bd. 5).

Diagnose. Verwechselt kann das Delirium tremens werden:

1. mit Erschöpfungsdelirien nach acuten Krankheiten. Hier wird die Anamnese, der Mangel an einer charakteristischen körperlichen Veränderung des chronischen Alkoholismus in der Regel entscheidend sein. Dasselbe gilt von

2. septikämischen Delirien. Man wird an Complicationen mit Alkoholismus zu denken haben, wenn eine äussere Verletzung vorhanden ist und die Anamnese das Vorhandensein des Abusus spirituosorum zeigt;

3. mit der Manie, bei welcher jedoch die Hallucinationen, wenn sie überhaupt vorhanden, nicht die Ausdehnung erreichen, wie bei der Alkoholpsychose;

4. mit dem manischen Stadium der progressiven Paralyse, welch letztere aber die charakteristischen Lähmungssymptome zeigt.

In den beiden letzteren Fällen wird man aber ebenfalls die Complication jener Psychosen mit Alkoholismus in Erwägung zu ziehen haben;

5. mit postepileptischen Psychosen in den Fällen, in welchen dem Delirium ein epileptischer Anfall vorausgeht. Hier pflegt die Benommenheit grösser, die Möglichkeit der Ablenkung geringer zu sein oder völlig zu fehlen.

Therapie[1]). Dieselbe hat als wichtigste Aufgabe die Prophylaxe in dem Kampf gegen den Alkoholismus. Die Behandlung des Deliranten hat in erster Reihe die sorgfältigste Ueberwachung

[1]) Fürstner, Zeitschr. f. Psych. Bd. 34.

sowohl wegen der Gefährlichkeit des Kranken für sich wie für seine Umgebung zu beachten, sodann ist Bettruhe die zweckmässigste Art der Behandlung. In einzelnen Fällen gelingt es, durch eine Dosis von 3—4—5 g Chloralhydrat einen langen Schlaf zu erzielen und damit den Anfall zu coupiren. Empfehlenswerth sind ausserdem Opium (10 Tropfen alle 2—3 Stunden mit steigender Dosis) oder Opium purum oder Morphium, ferner Bromkalium in täglichen Dosen von 10—12 g, Zincum aceticum 4—6 g in 180 Aqua pro die, Digitalis in grösseren Dosen, Apomorphin, Strychnininjectionen in Dosen von 1—2 mg oder Atropininjectionen in Dosen von 1/2—1 mg. In einzelnen Fällen gelingt es, durch kalte Begiessungen oder durch die Herbeiführung einer starken Diurese mittelst Diuretin eine Besserung zu erzielen.

Im Uebrigen beherzige man, dass auch eine exspectative Behandlung mit Bädern, kühlenden Getränken und etwas Alkohol zum Ziele führt.

Subacut kann ferner eine Alkoholpsychose verlaufen unter dem Bilde

a) der Melancholia alcoholistica. Nach acuten Excessen kann auf dem Boden des chronischen Alkoholismus ein melancholischer Zustand mit Selbstbeschuldigungen, depressiven Wahnvorstellungen, entsprechenden Hallucinationen, auch Erscheinungen des Stupors auftreten, welcher in wenigen Wochen vorübergeht;

b) der Paranoia hallucinatoria alcoholistica[1]). (Acute Hallucinose der Trinker, Wernicke.) Es entwickelt sich ein Wahn von Beeinträchtigungsideen, der nicht selten mit Grössenideen combinirt ist. Lebhafte Hallucinationen im Gehörssinn inauguriren das Krankheitsbild und spielen im Verlauf die erheblichste Rolle. Schwere Beleidigungen, gemeine Schimpfworte, Bedrohungen mit schwerster Strafe, Hinrichtung u. s. w. stellen den Inhalt der Gehörshallucinationen dar. Der Kranke sagt wohl auch, man macht ihm die Stimme und die Bilder, um ihn verrückt zu machen, ihn dadurch unschädlich zu machen u. s. w. Besonders nach zwei Richtungen hin entwickeln sich hier die Wahnvorstellungen, einmal als Eifersuchtswahn, wobei nicht selten thatsächliche Verhältnisse (die Frau hat den immer trunkenen Mann von sich gestossen, sie hat vielleicht auch mit anderen ein Verhältniss angeknüpft) in wahnhafter Weise verarbeitet werden, andererseits gehen die Wahnvorstellungen nach der religiösen Seite hin, der Kranke glaubt sich durch göttliche Stimmen zu besonderen Dingen berufen u. s. w.

Dabei pflegt der Kranke nicht wesentlich in seiner Orientirungsfähigkeit gestört zu sein und macht öfter, wenn er nicht seine Hallucinationen, welche meist den Gehörs-, zuweilen auch den Gesichtssinn treffen, und sein Wahnsystem vorträgt, den Eindruck eines verständigen Menschen, welcher ein Opfer von Intriguen ist. Dabei ist fast stets Angst vorhanden. Der Verlauf dieser Paranoia ist zuweilen sehr stürmisch, dann mit Hallucinationen in allen oder fast allen Sinnen und heftigen Angstaffecten verbunden, und endet zuweilen plötzlich nach 8 Tagen oder 3—4 Wochen.

---

[1]) Ilberg, Referat: Neurol. Centralbl. 1890 S. 360.

In anderen Fällen ist der Verlauf protrahirt und dauert 6 Wochen oder eine Reihe von Monaten. Zuweilen geht diese Psychose in eine unheilbare chronische Paranoia über.

Von der primären functionellen Paranoia unterscheidet sich diese alkoholistische Form dadurch, dass der Affect bei dieser weniger nachhaltig, die Stimmungen daher wechselnd, während Intelligenz und Gedächtniss meist nicht in der Weise erhalten sind wie bei jener primären Erkrankung. Von diagnostischer Wichtigkeit sind ferner die Anamnese und die körperlichen Symptome des Alkoholismus.

3. Chronisch-alkoholistische Psychosen.

Der chronische Alkoholist zeigt in Bezug auf seinen geistigen Zustand:

1. einen gewissen Grad von geistiger Schwäche, welche sich besonders in dem Mangel an Energie und in einer Beschränktheit des Urtheils äussert;

2. eine Herabsetzung der Gedächtnisskraft;

3. eine Störung der sittlichen Gefühle. Es gehört mit zu den ersten Symptomen des chronischen Alkoholisten, dass derselbe gleichgiltig gegen seine sonstigen Interessen, gegen das, was ihm sonst lieb und theuer war, in Bezug auf seinen Beruf u. s. w. wird. Er kennt nicht mehr die Rücksichten, welche ihm seine gesellschaftliche Stellung auferlegt, er verliert den Begriff der Standesehre, sein Denken und Trachten geht nur auf die Befriedigung seiner Leidenschaft. Daraus resultiren dann nicht selten unsittliche Handlungen, bei der ärmeren Bevölkerung Betteln und Stehlen, um sich Schnaps zu schaffen, bei der wohlhabenderen Betrügereien, Wechselfälschungen u. s. w., um Mittel für die Leidenschaft zu bekommen, welche die Arbeit in dem Beruf nicht mehr gewährt. Zwischendurch treten dann bei dem chronischen Alkoholisten acute und subacute Psychosen auf, wie wir sie eben beschrieben haben und welche den krankhaften Zustand verschlimmern.

Im weiteren Verlauf entwickelt sich ein Zustand von Demenz, nicht selten complicirt mit acuten Erscheinungen frischer Vergiftung.

Dieser Zustand von Demenz, welcher sich mit melancholischen und hypochondrischen, aber auch mit Grössenideen verbinden kann, zeigt zuweilen auch Lähmungssymptome, Schwere der Sprache, differente Pupillen, Schwäche der Motilität, gestörten Gang, Steigerung oder Mangel der Sehnenreflexe, so dass das Bild der progressiven Paralyse entstehen kann (alkoholistische Pseudoparalyse).

Diagnostisch von Wichtigkeit ist das Fehlen der paralytischen Sprachstörung, der reflectorischen Pupillenstarre, die Anamnese (Alkoholmissbrauch, Fehlen von vorangegangener Syphilis), der bei der alkoholistischen Paralyse in der Regel nicht vorhandene progressive Charakter, die Besserung des Zustandes, wenn Alkohol fern gehalten wird, so dass selbst anscheinend unheilbare Zustände von Blödsinn nach langem und schwankendem Verlauf in Heilung mit Defect übergehen können. Im Uebrigen ist auch an die Combination von Paralyse und Alkoholismus zu denken. Dissimulation ist bei chronischem Alkoholismus nicht selten. Die Kranken leugnen Alles, was sie belasten könnte, stellen sich als unschuldige Opfer dar, welche nie Jemandem zu nahe getreten sind.

Aetiologie. 1. Die Erblichkeit spielt eine grosse Rolle. Nach Lewis sind in 64 % der Fälle der Vater resp. die Mutter des Alkoholisten ebenfalls Alkoholisten. Man wird dabei nicht an eine Uebertragung von Sucht nach Schnaps im Keime zu denken haben, sondern

an eine ererbte Schwäche des Nervensystems resp. geringe Widerstandsfähigkeit, welche dann zum Alkohol in Folge des von den Eltern gegebenen Beispiels durch Nachahmung greift.

2. Nachahmung im späteren Lebensalter führt, besonders bei gewissen Berufen, zum Alkoholismus (Steinsetzer, Maurer u. s. w.).

3. Von besonderer Wichtigkeit für den chronischen Missbrauch ist der Drang, dem Nervensystem einen Reiz zuzuführen, nachdem durch die Momente ad 1 und 2 der Gebrauch der Alkoholica begonnen hat. Der Mangel des gewohnten Reizes bringt eine gewisse geistige Leere, gewisse abnorme körperliche Sensationen, Missbehagen hervor.

4. Bei Manchem werden dem Alkoholismus dadurch die Wege geöffnet, dass der Betreffende den Alkohol als Schlafmittel oder als schmerzstillendes Mittel gebraucht.

Warum der Eine ungestraft grosse Mengen Alkohol zu sich nehmen kann, ohne Schaden zu leiden, der Andere schon bei geringen Mengen diesen Schaden erfährt, und warum endlich bei manchen Individuen eine völlige Intoleranz besteht, wissen wir nicht; erbliche Verhältnisse spielen hierbei unzweifelhaft eine erhebliche Rolle.

Die Ausgänge des chronischen Alkoholismus sind:

1. Besserung mit Neigung zu Recidiven;

2. unheilbare Geisteskrankheit;

3. der Tod durch die körperlichen Veränderungen, welche der Alkoholismus geschaffen hat (Herz-, Nierenkrankheiten) oder durch Selbstmord (cf. S. 105, 106).

Pathologische Anatomie.

Die chronischen Alkoholisten zeigen häufig Hyperostose des Schädels, zuweilen aber auch Verdünnung der Schädelknochen, Pachymeningitis externa und interna, besonders oft Hämorrhagieen in den Häuten, Osteome in der Dura und Pia, sehr starke Pacchioni'sche Granulationen, Veränderungen in den Wänden der Hirnarterien (hyaline fibroide Degeneration), Wucherungen der Glia, Degeneration der Zellen — im Ganzen also einen Befund, wie er bei vielen anderen organischen Geisteskrankheiten ebenfalls beobachtet wird. In den peripherischen Nerven findet man oft degenerative Neuritis.

Die körperlichen Organe zeigen die bekannten Veränderungen des chronischen Alkoholismus, vor Allem Atherose des Gefässsystems, Dilatatio cordis, Fettleber und Cirrhose der Leber, Nierenveränderungen, chronische Catarrhe des Magendarmtractus.

Die Therapie hat in erster Reihe, wie bereits oben erwähnt, die Prophylaxe im Auge zu behalten, welche nicht durch Straf-

gesetz und Polizei, viel eher durch gutes Beispiel, Belehrung und eine allgemeine Besserung der hygienischen Verhältnisse, speciell der Ernährung des Volkes, zu erreichen ist. Trinkeranstalten werden ein geeignetes Mittel sein; die Stellung des Alkoholisten unter Vormundschaft (§ 6, 3 Bürgerl. Ges.-B.) wird in manchen Fällen dazu dienen können, den Alkoholisten auf seiner traurigen Laufbahn aufzuhalten. Die medicamentöse Behandlung wurde bereits oben erwähnt.

b) Morphinismus[1]).

Die erste Morphiuminjection wurde in Deutschland 1856 durch Bertrand gemacht; die ersten Mittheilungen über den Missbrauch des Morphiums stammen aus dem Jahre 1864. Seitdem hat der Morphinismus eine schreckliche und verheerende Ausbreitung erfahren.

Der Morphinist trägt zwei verschiedene Menschen in sich: nach der Injection in guter Laune, conciliant, zur Arbeit fähig — nach dem Nachlass der Wirkung unruhig, abstossend, unfähig sich zu concentriren, stumpf und ängstlich. Die neue Injection belebt ihn. Je länger der Morphinismus dauert, um so kürzer werden die Intervalle zwischen den Einspritzungen, und um so kürzer ist das euphorische Stadium.

Das hervorstechendste krankhafte geistige Symptom, welches durch den Missbrauch des Morphiums erzeugt wird, ist die Veränderung der moralischen Eigenschaften in ähnlicher Weise, wie sie soeben bei den chronischen Alkoholisten geschildert wurde. Der Morphinist wird in der Regel ein Lump, Treu und Glauben, das Ehrenwort sind ihm nebensächliche Dinge geworden. Auch die Abnahme der Intelligenz und besonders der Energie vollzieht sich in entsprechender Weise. Das Gedächtniss bleibt meist gut erhalten. Vom Alkoholisten unterscheidet sich der Morphinist dadurch, dass bei dem letzteren die leichte Uebertragbarkeit seiner Vorstellungen auf die motorische Sphäre, welche den Alkoholisten auszeichnet (Kräpelin), nicht stattfindet.

Die Vorstellungen der Beeinträchtigung, welche in der Mehrzahl der Fälle den Morphinismus in späteren Stadien begleiten, entwickeln sich öfter zu einem wahrhaften Beachtungswahn und können sich unter dem Bilde einer Paranoia hallucinatoria zum Verfolgungswahn steigern. Vorübergehend können bereits vor Aus-

[1]) Erlenmeyer, 1887. 3. Aufl.

bildung dieses chronischen Zustandes hallucinatorische Erregungszustände auftreten.

Die körperlichen Symptome des chronischen Morphinismus zeigen sich vor Allem in der allgemeinen Abmagerung, in Schlaflosigkeit, hartnäckiger Verstopfung, Zittern der Zunge und Hände, Schwäche und Ataxie an Armen und Beinen, engen Pupillen bei meist gerötheten Conjunctiven (die Pupillen sind krampfhaft gespannt, Gräfe). Dabei besteht Appetitlosigkeit, die Zunge fühlt sich rauh und trocken an, die Zähne sind cariös und fallen aus, die Haut ist fahl, gelblich, spröde, auf derselben sind Narben, Abscesse, Verdickungen in Folge der Injectionen zu sehen, zuweilen auch blaue Flecke als Niederschläge kleiner Metallstücke von der Kanüle der Spritze. Es bestehen dabei Klagen über Funkensehen, Ohrensausen, abnorme Geschmacks- und Geruchsempfindungen und Parästhesieen. Es fehlen mit der Libido sexualis Pollutionen und Erectionen. Bei Frauen besteht häufig Amenorrhoe. Ein Theil der Morphinisten, sicht selbst überlassen, geht durch Cachexie zu Grunde, andere enden durch Selbstmord, wie die Alkoholisten.

Aetiologie. Nach Pouchet sind 40% aller Morphinisten Aerzte und einen nicht kleinen Procentsatz stellen die Frauen der Aerzte. Neben den Aerzten verfallen auch Apotheker öfter dem Morphinismus. Der Morphinismus setzt in der Regel hereditär belastete, mit geringer Energie begabte Menschen voraus, welche dem Fortgebrauch des Giftes keinen Widerstand leisten können. Hervorgerufen wird der Missbrauch des Morphiums: 1. durch andauernde körperliche Schmerzen, 2. durch Schlaflosigkeit, 3. durch allgemeines Unbehagen, Kummer, Sorge, 4. durch schlechtes Beispiel, was besonders für die Frauen der Aerzte gilt. Das wohlthuende Behagen, das die Injection hervorruft, das Aufhören von Unruhe und Angst, welches der Injection folgt, treibt zu der zweiten, wenn die Wirkung der ersten vorüber, und nöthigt sodann zur Steigerung der Dosis. Neugeborene von morphinistischen Müttern zeigen zuweilen Abstinenzerscheinungen mit Collaps.

Die grösste tägliche Dose von Morphium, welche bei Morphinisten beobachtet wurde, betrug 14 g (Jacquet).

In Bezug auf die Diagnose eines bestehenden Morphinismus ist, wenn er geleugnet wird, vor Allem von Wichtigkeit die Besichtigung der Haut und der Nachweis der durch die Injectionen bedingten oben beschriebenen Veränderungen, ferner der Nachweis des Morphiums im Urin. Die Beobachtung zeigt ferner beim Fortbestehen des Morphinismus einen auffallenden Wechsel der Stimmung, welche, wenn der Kranke unter der Wirkung des Giftes steht, euphorisch ist oder erregt, reizbar, wenn der Hunger nach dem Gifte sich einstellt.

Die Therapie des Morphinismus hat in erster Reihe die Aufgabe, demselben vorzubeugen. Man gebe keinem Patienten, auch

dem Wärter desselben nicht, die Morphiumspritze in die Hand. Bei dem hohen Procentsatz der morphinistischen Aerzte wird allerdings die Wirkung dieser Prophylaxe eine beschränkte sein.

Die Abgewöhnung des Morphinisten kann durch plötzliche, durch schnelle oder auch durch langsame Entziehung erfolgen. Welche Methode im concreten Fall zweckmässig ist, hängt ab einmal von der bisher gebrauchten Dosis, zweitens von dem Kräftezustand des Patienten und drittens von der Ursache, welche den Morphinismus hervorgerufen hat resp. noch bedingt. Bestehen noch heftige Schmerzen, wie z. B. bei einem Carcinom oder einer Tabes, wird eine plötzliche oder schnelle Entziehung, ehe man nicht dem Kranken allmälig etwas anderes zur Linderung seiner Schmerzen substituirt hat, nicht möglich sein.

Die Entziehung geschieht am besten und sichersten in einer geschlossenen Anstalt. Morphinisten wissen Aerzte und Wärterpersonal so zu täuschen, dass nur unter den festen Verhältnissen einer geschlossenen Anstalt, zuweilen aber auch selbst in dieser nicht, die Möglichkeit ausgeschlossen wird, dass der Kranke sich Morphium verschafft.

Während der Entziehungskur treten bei der Mehrzahl der Fälle in einem grösseren oder geringeren Grade Abstinenzerscheinungen auf, welche nach Marmé darauf beruhen, dass das bei chronischem Morphiummissbrauch im Körper gebildete Oxydimorphin (nicht ausgeschiedenes, schwer lösliches Product des Morphiums) toxisch wirkt und in dieser Wirkung nicht durch neue Morphiumzufuhr gehemmt wird. Ein anderer Theil der Abstinenzerscheinungen beruht auf einer nach Aussetzen des Morphiums auftretenden Hypersecretion von Salzsäure im Magen, welche mit Hilfe der Magensonde nachzuweisen ist (daher Auspumpen des Magens, Einführung von Alkalien zweckmässig).

Die Abstinenzerscheinungen bestehen in Erbrechen, Gähnen, Niesen, profusen Schweissen, Zuckungen in einzelnen Muskeln, Präcordialangst. Dabei erweitern sich die Pupillen, nicht selten treten dysarthrische Sprachstörungen auf, auch heftiger, trockener Husten, der Puls ist wechselnd, die Temperatur meist subnormal. Der Kranke ist angstvoll, aufgeregt, will sterben, macht Selbstmordversuche. Zuweilen kommt es zu einem Zustande mit Hallucinationen und Wahnvorstellungen wie beim Delirium tremens alcoholicum.

In der Abstinenzperiode zeigen sich bei Männern Erectionen und Pollutionen, bei Frauen Neigung zu geschlechtlichem Umgang.

Treten Collapserscheinungen ein, so empfiehlt sich subcutane Injection von Coffeino-Natrium salicylicum 0,2—0,4, ferner Kochsalzinfusionen, zuweilen wird eine Einspritzung von 0,02—0,05 Morphium nicht zu umgehen sein.

Besondere Ueberwachung bedarf die Neigung zum Selbstmord.

Ist das Morphium entzogen, so bedarf der Patient noch längerer sorgfältiger Beobachtung, ehe er als geheilt zu erachten ist.

Schlaflosigkeit, körperliche Schmerzen und widrige sociale Verhältnisse bedingen in der Mehrzahl der Fälle die Rückkehr zum Morphium, so dass der Procentsatz der dauernd geheilten Morphinisten als ein kleiner erachtet werden muss. Oefter findet sich Morphinismus verbunden mit Alkoholismus und Cocainismus.

c) Cocainismus[1]).

Das Cocain wurde zuerst von Koller 1884 in der Augenheilkunde als locales Anästheticum benutzt. Der Missbrauch des Cocains ging aus localer Anästhesirung bei vorhandenen Schmerzen (Cocainisirung am Zahnfleisch, in der Nase, bei Vaginismus u. s. w.) hervor und sodann als Folge des Morphinismus. Die Cocainspritze wurde zuerst als Kampfmittel gegen die Morphiumspritze gerühmt. Die Erscheinungen des chronischen Cocainismus sind allgemeine Mattigkeit, Abnahme des Körpergewichts, Unlust und Unfähigkeit zu geistiger Arbeit, Abnahme der Intelligenz, Vergesslichkeit, Schlaflosigkeit, Beschleunigung der Herzthätigkeit bei kleinem oft fadenförmigem Pulse, zuweilen Krämpfe in einzelnen Muskeln.

Zuweilen entwickelt sich auf diesem Boden eine Geisteskrankheit, welche unter dem Bilde des Delirium hallucinatorium mit zahlreichen Sinnestäuschungen verläuft, besonders im Gebiete des Gesichtssinnes. Häufig wird ein Empfinden fremder Körper unter der Haut beobachtet, welche fortwährend ihren Ort wechseln, bald in Form von Kügelchen, bald in Form von kleinen Körnern, feinen Pulvers oder feinsten Staubes sich äussern (Magnan'sches Zeichen). Zuweilen entsteht auf dem Boden des chronischen Cocainismus das Bild einer Paranoia hallucinatoria mit systematisirten Verfolgungsideen, Hallucinationen des Gesichts und Gehörs.

Die Zeichen des Cocainismus sind meist schwerer als die des Morphinismus. Cocainisten sind in der Regel nicht so lange im Stande, in ihrem Beruf auszuhalten, wie Morphinisten. Am deletärsten wirkt Morphium und Cocain zusammengebraucht.

Die Therapie ist im Wesentlichen die des Morphinismus. In der Regel treten bei Cocainismus nennenswerthe Abstinenzerscheinungen nicht auf.

Anhang.

Von den übrigen chronischen Vergiftungen mit organischen Giften sei hier noch erwähnt der Chloralismus, welcher neben erheblicher Abmagerung, Diarrhoe, besonders Hautausschläge (Urticaria, Erythem, papulöses Exanthem, Petechien) zeigt, der Chloroformismus, die Aetheromanie, der Absinthismus, als dessen Zeichen Magnan Schwindelanfälle, epileptische Attacken, Hallucinationsdelirien, Amnesie angiebt; der chronische Opiummissbrauch, der Cannabismus, wie er besonders in Aegypten betrieben wird, der Nicotinismus. Ferner sind

---

[1]) Mannheim, Neurol. Centralbl. 1891.

hier noch zu erwähnen die chronischen Vergiftungen mit Brompräparaten, Sulfonal, Trional, Strammonium (die chronische Vergiftung kann durch andauernden Gebrauch von Strammoniumräucherungen gegen Asthma erzeugt werden, sie ruft Gehörshallucinationen und Beachtungswahn mit Druck auf den Kopf, Druckgefühl im Ohr und in den Fussgelenken hervor), mit Atropin, Hyoscyamus, Salicyl (mit profusen Schweissausbrüchen, Ohrensausen, Schwerhörigkeit, Mydriasis und Strabismus), Antipyrin, Paraldehyd.

Alle diese Gifte können acute geistige Störungen, welche schnell vorübergehen, hervorbringen, sie können aber auch subacute, in der Regel in der Form des Delirium hallucinatorium oder der acuten hallucinatorischen Paranoia, erzeugen. Der chronische Absinthismus führt ebenso wie der Cannabismus oft zur Demenz. Chronische Vergiftungen mit Sulfonal, Trional und mit Brom können Zustände von geistiger Schwäche, erheblicher Herabsetzung des Gedächtnisses mit Ataxie und Paresen, auch Verlust der Patellarreflexe herbeiführen, so dass äusserlich das Bild der progressiven Paralyse entstehen kann. Die Anamnese wie der weitere Verlauf, der das allmälige Schwinden der Symptome mit Aussetzen des Mittels zeigt, sichern die Diagnose.

4. Psychosen, welche durch anorganische Gifte hervorgebracht werden.

Acute Kohlenoxydpsychosen zeigen zuweilen das Bild der Dementia acuta. Sind bei Kohlenoxydpsychosen Lähmungen vorhanden, so deutet dies auf durch die Vergiftung bedingte Erweichungsheerde im Gehirn.

Eine chronische Kohlenoxydgasvergiftung, welche unter den Erscheinungen der hallucinatorischen Paranoia oder auch einer Pseudoparalyse auftritt, hat Moreau bei Bäckern und Köchen beschrieben, auch Psychosen durch Gaz pauvre (bei der Durchleitung von Luft über erhitzten Anthracit entstehendes Gemenge von Stickstoff, Kohlenoxyd, Kohlensäure und geringen Mengen von Kohlenwasserstoff) sind beobachtet worden.

Schwefelkohlenstoffpsychosen[1]) können als Depressionszustände, welche sich bis zum Stupor steigern, oder unter dem Bilde des Delirium hallucinatorium auftreten. Meist handelt es sich um geistige Schwächezustände, mit diesen verbinden sich dann nicht selten Lähmungssymptome, auch Ataxie.

Das Jodoform kann eine acute Psychose unter dem Bilde des Delirium hallucinatorium mit ängstlicher Unruhe oder starker Verwirrtheit, oder auch unter dem einer Melancholie erzeugen. Zu erwägen ist in solchen Fällen immer, ob nicht die Krankheit, welche die Anwendung des Jodoform bedingte, oder der Shock, welcher der Operation folgte, das ätiologische Moment bilden.

Der chronische Saturnismus[2]) kann erzeugen:

a) eine Psychose unter dem Bilde eines Delirium hallucinatorium, welches acut verläuft;

b) epileptische Anfälle mit den diesen eigenthümlichen krankhaften psychischen Erscheinungen;

c) Abnahme der Intelligenz und des Gedächtnisses, wodurch in Verbindung mit dem der Bleivergiftung eigenthümlichen Lähmungszustande das Bild der progressiven Paralyse der Irren erzeugt werden kann. Dia-

---

[1]) Köster, Neurol. Centralbl. 1898. Laudenheimer ibid.

[2]) Probst, Geistesstörungen nach Bleivergiftung. Monatsschr. f. Psych. und Neurol., Juni 1901.

gnostisch sei in dieser Beziehung bemerkt, dass die Demenz bei saturninen Paralysen nie so hochgradig wird wie bei der progressiven Paralyse, dass ferner die elektrische Untersuchung bei der Bleivergiftung Veränderungen ergiebt, welche der Paralyse fehlen, dass die ophthalmoskopische Untersuchung Neuritis und Neuroretinitis, retinale Apoplexie und perivasculäre Veränderungen (Hirschberg) zeigt, welche in diesem Zusammentreffen der Paralyse fremd sind.

Der Saturnismus kann auch auf dem Wege der Schrumpfniere urämische Psychosen erzeugen.

Die chronische Quecksilbervergiftung führt öfter Zustände grosser Schreckhaftigkeit, leichter Reizbarkeit durch äussere Eindrücke, Aengstlichkeit und Schlaflosigkeit (Erethismus mercurialis) herbei. In seltenen Fällen entwickelt sich aus diesem Zustande bei vorhandener Prädisposition eine Psychose, welche unter depressiven Symptomen zu geistiger Schwäche führen kann.

V. Die organischen Psychosen.

1. Diffuse Erkrankungen der Hirnrinde.

a) Die progressive Paralyse der Irren[1]). (Dementia paralytica, vulgo Gehirnerweichung.)

Wenn auch bereits 1672 von Willis und 1798 von Haslam Fälle berichtet wurden, welche zu der progressiven Paralyse der Irren gehören könnten, so ist es doch Bayle, welcher mit seiner Inauguraldissertation im Jahre 1822 die Geschichte der progressiven Paralyse der Irren inaugurirt. Er bezeichnete die Krankheit als eine Meningitis chronica und liess aus dieser die geistigen wie die körperlichen krankhaften Symptome als einer Krankheitseinheit sich entwickeln.

In der späteren Zeit wurde wiederholt der Streit von Neuem aufgenommen, ob thatsächlich die psychischen Störungen und die körperlichen Veränderungen der Paralyse einer Krankheit angehörten oder ob sie nicht Symptomencomplexe wären. Der irrenärztliche Congress zu Paris im Jahre 1867 stellte die Einheit der Krankheitssymptome fest und betrachtete die Paralyse als eine besondere Krankheitsform.

Wenn über diese Thatsache zur Zeit ein Dissens nicht besteht, so hatte die neuere Forschung das Bestreben, aus der grossen Zahl der Fälle, welche zur Paralyse gerechnet werden, anatomisch und klinisch sich auszeichnende Formen auszusondern.

---

[1]) Mendel, Progressive Paralyse. Monographie 1880. Binswanger, Deutsche Klinik 1901.

In der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle entwickelt sich das Krankheitsbild in folgender Weise:

1. Die demente Form der progressiven Paralyse.

Erstes Stadium. Dies kann entweder vorzugsweise in den Symptomen der krankhaften Veränderung der Psyche oder in denen der somatischen Veränderung oder endlich in der gleichzeitigen Entwicklung geistiger und körperlicher Abnormität bestehen.

a) Der Kranke wird verstimmt, reizbar, heftig, auf unerhebliche Veranlassung grob, selbst gewaltthätig. Auffallend ist dabei das Ausserachtlassen gewisser gesellschaftlicher Regeln, der Kranke kommt mit dem Hut auf dem Kopfe ins Zimmer, in Gesellschaft erscheint er in seinem Anzug salopp, wird in seinem Aeusseren unsauber, ist gegen Damen sowohl in seinen Aeusserungen, öfter auch in seinen Gesten und Berührungen unziemlich und unanständig, während er früher zurückhaltend war, sucht gegen seine frühere Gewohnheit Kneipen und öffentliche Häuser auf. In manchen Fällen entwickelt sich schon in diesem Stadium eine Neigung zu unmoralischen Handlungen, deren Ausführung den Kranken mit dem Strafgesetz in Conflict bringt (Vergehen gegen die Sittlichkeit, Stehlen u. s. w.).

Zwischendurch kommen dann wohl Beklommenheit, Angstzustände, erhebliches Krankheitsgefühl. Der Schlaf ist in der Regel sowohl in Bezug auf die Dauer wie auf die Tiefe herabgesetzt, in anderen Fällen besteht dagegen eine Schlafsucht, welche sich zuweilen zu unrechter Zeit und am unrechten Orte anfallsweise einstellt (Narkolepsie).

Die bezeichneten Veränderungen werden öfter nur im intimen Verkehr mit dem Kranken bemerkt, zuweilen auch dann nicht als krankhaft erkannt, auf äussere Verhältnisse geschoben. In seinem Geschäft arbeitet der Kranke öfter noch wie früher, d. h. er löst die gewöhnlichen täglichen Aufgaben in vorgeschriebener Weise. Stellen sich ihm aber ungewohnte Hindernisse entgegen, so zeigt sich bald der Defect der Intelligenz, während ihm auf der anderen Seite zu neuen Unternehmungen die nothwendige Thatkraft fehlt. Leitet er sie trotzdem ein, so missglücken sie in der Regel, weil die geistige Kraft dem Unternehmer fehlt.

Vorübergehend zeigt sich ein Krankheitsbewusstsein, besonders wenn der Kranke eine Abnahme des Gedächtnisses bemerkt oder von Anderen auf sein eigenthümliches Wesen aufmerksam gemacht wird. Er „ahnt die kommende Gehirnerweichung“ und endet in dieser Erkenntniss zuweilen durch Selbstmord.

Körperliche Veränderungen sind hier entweder überhaupt nicht nachweisbar oder doch so wenig ausgeprägt, dass der Hausarzt „Neurasthenie“ diagnosticirt und auch der hinzugerufene Psychiater zwar die Gefahr erkennt, eine sichere Diagnose aber bei dem Mangel aller objectiven Symptome im peripherischen Nervensystem noch nicht stellen kann.

b) Die Krankheit beginnt mit reflectorischer Pupillenstarre, Miosis oder Mydriasis auf einem Auge oder auf beiden, Veränderung der Sehnenreflexe (zu schwach, fehlend, träge Reaction, indem der Ausschlag nicht blitzartig, sondern schlaff, langsam erfolgt, oder zu stark, Patellar- und Fussclonus), Analgesie, besonders an den Unterschenkeln, Steigerung oder Herabsetzung und Erlöschen des sexualen Reflexes, leichte Ermüdbarkeit der Beine, intermittirendes Hinken. Es wird auch jetzt schon ein Häsitiren in der Sprache, zuweilen, besonders bei Erregungen, deutlich paralytische Sprachstörung beobachtet.

Der Kranke besorgt dabei ohne Störung sein Geschäft, zeigt aber auch hier neuen Aufgaben gegenüber seine Insufficienz. Gewisse hypochondrische Klagen, eine gemüthliche Reizbarkeit, Störung des Schlafes fehlen selten. Die Diagnose schwankt hier zuweilen zwischen Tabes und Paralyse, besonders wenn der Mangel der Patellarreflexe für die erstere zu sprechen scheint und die geistige Schwäche nicht deutlich hervortritt.

2. Die unter a) und b) geschilderten Symptome entwickeln sich gleichzeitig, die Diagnose kann schon in diesem Stadium mit Sicherheit gestellt werden. Bei der Aufnahme der Anamnese zeigt sich, dass in der Regel Syphilis etwa 10—15 Jahre vor dem Beginn der jetzigen Erkrankung vorhanden war, irgendwie schwerere Erkrankungen anderer Art, auch solche seitens des Nervensystems, sind in der Mehrzahl der Fälle nicht vorangegangen.

Zweites Stadium. Die geistige Schwäche ist deutlich, das Gedächtniss nimmt erheblich ab, es zeigt sich Theilnahmlosigkeit des Kranken an seiner Umgebung wie an seinen Aufgaben, die Sprache verändert sich mehr und mehr, die paralytische Sprachstörung besteht dauernd. Es kommt zu paralytischen Anfällen, zuweilen nur in der mildesten Form als Schwindel oder schnell vorübergehende Bewusstlosigkeit, immer aber mit deutlicher Einwirkung auf die weitere Abschwächung der geistigen Kraft. Die körperlichen Symptome bleiben zum Theil unverändert, zum Theil verstärken sie sich, speciell nimmt die Schwäche oder die Ataxie der Extremitäten zu. Der Kranke ist wegen seiner intellectuellen Schwäche zu geistiger,

wegen seiner Parese oder Ataxie der Extremitäten zu körperlicher Arbeit unfähig.

Drittes Stadium. Die geistige Schwäche entwickelt sich zur Demenz, das Gedächtniss sinkt auf ein Minimum, der Kranke kann die einfachsten Fragen nicht mehr beantworten, wird völlig theilnahmslos. Die körperliche Lähmung erfordert fremde Hilfe bei den einfachsten Verrichtungen, Urin und Stuhlgang gehen unwillkürlich ab. Paralytische Anfälle verstärken die Hilflosigkeit des Kranken. In einem solchen Anfall oder an einer Schluckpneumonie oder an einer intercurrenten Krankheit geht der Kranke zu Grunde.

Während des Verlaufes dieser dementen Form zeigen sich gelegentlich auch depressive oder manische Wahnvorstellungen, welche auch kürzere oder längere Zeit neben den anderen Symptomen bestehen können. Wesentlich beeinflusst wird im Uebrigen das Krankheitsbild dadurch nicht, in der Regel werden jene Vorstellungen auch nur producirt, wenn der Kranke direct danach gefragt wird.

2. Die klassische oder typische Form der Paralyse.

Das erste Stadium kann alle die oben beschriebenen Varietäten zeigen, öfter ist es nur unerheblich entwickelt, indem sich lediglich eine gewisse psychische Reizbarkeit mit gewissen hypochondrischen Empfindungen kundgiebt. Diesem schliesst sich als zweites Stadium ein Zustand hypochondrischer oder melancholischer Depression an, welche der Höhe ihrer Entwicklung nach zwischen der leichten Form einer Hypomelancholie oder Hypochondrie bis zu den höchsten Graden des Stupors sich bewegen kann und deren Wahnvorstellungen inhaltlich ebenfalls den bei der typischen Melancholie beschriebenen völlig gleichen können. Charakteristisch sind dabei jedoch die Zeichen geistiger Schwäche, welche sich mit jenen Wahnvorstellungen verbindet, und die oben geschilderten körperlichen Symptome, die Veränderung der Sehnen- und Visceralreflexe, wie die schon meist deutlich sich kundgebende Sprachstörung.

Das dritte Stadium — manische Exaltation — entwickelt sich meist allmälig aus dem zweiten; es ist ausgezeichnet durch den sogenannten blühenden Grössenwahn, dessen Steigerung keine Grenzen kennt (cf. S. 21, 105). Die weitere Entwicklung desselben führt zusammen mit der motorischen Reizung zur paralytischen Tobsucht. Paralytische Anfälle unterbrechen dann nicht selten die Agitation und führen den Kranken mit zunehmender Demenz und Lähmung in das vierte Stadium, das Stadium dementiae, über. Es

gleicht dasselbe dem oben geschilderten dritten Stadium der dementen Form und führt nur noch die unsinnigen Grössenideen des früheren Stadiums mit sich, diese selbst werden aber ohne Aufregung als etwas Gleichgiltiges mit stockender, paralytischer Sprache hervorgebracht.

3. Als agitirte Form der Paralyse wird jener Verlauf beschrieben, bei welcher das melancholische und hypochondrische Stadium der typischen Paralyse fehlt, die Krankheit nach dem geschilderten ersten Stadium in das dritte übergeht. Bei besonders heftigem Verlauf — unter Complicationen mit somatischen Erkrankungen — zeigt sich hier zuweilen das Symptomenbild des Delirium acutum (cf. S. 98).

4. Bei der depressiven Form kommt es nicht zur Entwicklung eines manischen Stadiums, die hypochondrisch-melancholischen Wahnvorstellungen steigern sich aber zu excessiver Höhe, nicht selten zur Mikromanie (S. 22).

5. Treten abwechselnd depressives und manisches Stadium auf, dann kann die Paralyse eine circuläre Psychose vortäuschen (circuläre Form der progressiven Paralyse). Zunehmende geistige Schwäche wie die körperlichen Symptome sichern die Diagnose.

6. Da, wo die psychischen Symptome der progressiven Paralyse einer lange Zeit, selbst ein Decennium und länger, bestehenden Tabes sich anreihen, spricht man von einer ascendirenden Paralyse.

Nicht bloss die Tabes, sondern auch die sich anschliessende Paralyse zeichnet sich hier durch einen langsamen Verlauf aus. Von diesen Fällen sind jene zu unterscheiden, in welchen mit den krankhaften psychischen Erscheinungen tabische Symptome auftreten oder wo den paralytischen Symptomen tabische schnell folgen. In diesen letzteren Fällen handelt es sich pathologisch-anatomisch nicht um eine reine Hinterstrangserkrankung (Taboparalyse).

Specielle Symptomatologie.

1. Hallucinationen kommen bei Paralytikern in der Regel erst in späteren Stadien vor, ausnahmsweise sieht man Gesichtshallucinationen in den ersten Stadien: „Es fällt Schnee vor den Augen herunter“, „es erscheint der Teufel“ u. s. w. Gehörshallucinationen treten in der Regel erst in den späteren Stadien, in dem tobsüchtigen Zustande oder in den depressiven Formen häufig auf, ebenso sind Geruchs- und Geschmackshallucinationen in der Tobsucht der Paralytiker häufig, wie Hallucinationen des Organgefühls das hypochondrische Stadium der Paralyse auszeichnen.

2. Die geistige Schwäche ist der rothe Faden, welcher sich durch das vielgestaltige Bild der Paralyse von seinem Anfang bis zum Ende hinzieht. Es ist zuweilen auffällig, wie der in seinem Geschäft noch thätige und von seinen Angehörigen nur für nervös gehaltene Paralytiker vor einfachen Rechenaufgaben, wie 13 mal 13, 10000 Mk. zu 4½% Zinsen das Jahr,

vollständig rathlos steht, entweder das Exempel überhaupt nicht herausbringt oder die allerverkehrtesten Lösungen zu Tage fördert.

Zuerst versagen in der Regel die zuletzt erworbenen für die Individualität höchst erreichbaren intellectuellen Begriffe, am längsten bleiben bestehen die erlernten äusseren Formen (bei Aerzten z. B. das Receptschreiben). Die Wahnvorstellungen der Paralytiker zeichnen sich sowohl nach der depressiven wie nach der manischen Seite durch ihre sinnlosen Uebertreibungen und willkürlichen Steigerungen aus (cf. S. 22). Verfolgungs- und Grössenwahnvorstellungen können sich in ähnlicher Weise wie bei der Paranoia combiniren.

Die zuerst vorhandenen hypochondrischen Empfindungen wandeln sich im weiteren Verlaufe, auch bei der dementen Form der Paralyse, zu einer Euphorie um. Von den intellectuellen Gefühlen leiden in der Regel schon in einem früheren Stadium die ethischen und ästhetischen Gefühle.

Zu erwähnen sind nach dieser Richtung hin die erotischen Erscheinungen, welche bei dem Mangel ethischer Gefühle den Kranken zuweilen in einem frühen Stadium veranlassen, öffentliche Mädchen in ihre Familien einzuführen oder sich schamlos sittlichen Excessen hinzugeben.

Wenn auch das Gedächtniss in frühen Stadien der Paralyse oft keine erheblichen Defecte zeigt, so wird es doch im weiteren Verlauf wesentlich geschwächt, es verschwindet die Merkfähigkeit, und schliesslich befindet sich der Paralytiker in einem Zustande, in welchem er, losgelöst von seiner Vergangenheit, unfähig Neues zu erwerben, lediglich noch in der Befriedigung gewisser sinnlicher Genüsse lebt.

Charakteristisch für die progressive Paralyse ist das Silbenstolpern. Während die einzelnen Silben und Worte getrennt deutlich hervorgebracht werden können, ist es dem Kranken nicht möglich, dieselben in einem Worte, besonders in einem längeren, ordentlich zusammenzufügen. Die Laute oder auch die ganzen Silben werden verstellt, einzelne Laute derselben an unpassenden Stellen wiederholt, andere weggelassen. Man erkennt dies sofort, wenn man einzelne schwere Worte nachsprechen lässt: statt „Artillerie“ erscheint „Ratrillerie“, statt „Constantinopolitanisch“ „Costapinopalisch“, statt „Kottbuser Postkutschkasten“, „Kotzuber Putschkasten“.

Beim Lesen oder Recitiren zeigt sich diese Sprachstörung zuweilen noch deutlicher, als beim Nachsprechen, besonders wenn die Patienten im letzteren schon geübt worden sind. Schon vor dem Auftreten des Silbenstolperns ist bei Paralytikern öfter schon ein Häsitiren in der Sprache zu bemerken, einzelne Consonanten, besonders am Anfange des Wortes, machen Schwierigkeiten in der Aussprache; die Sprache wird dadurch zögernd, verlangsamt.

Die bezeichneten Störungen der Sprache treten in der Mehrzahl der Fälle in einem sehr frühen Stadium der progressiven Paralyse auf. Wenn sie auch nicht absolut sicher die Diagnose der Paralyse stützen, da sie auch gelegentlich einmal unter anderen Verhältnissen auftreten können, so z. B. bei Alkoholismus, unter dem Einfluss einer acuten Vergiftung, z. B. bei Hyoscin-, Duboisin-Anwendung bei psychisch Kranken, so ist doch der Ausspruch Esquirol's: „l'embarras de la parole est un signe mortel“ mit sehr unwesentlichen Einschränkungen richtig. Die Sprachstörung selbst ist nicht immer gleichmässig vorhanden, sie verschwindet zuweilen in der Ruhe, während sie sich bei Erregungen stärker markirt.

Im Uebrigen sind die Störungen der Sprache durch das Silbenstolpern nicht erschöpft.

Mit demselben verbinden sich in späteren Stadien der Krankheit die Schwäche des Gedächtnisses und die Störung der Articulation (Dysarthrie), um die Sprache noch mehr zu verändern.

Der Kranke fängt zu sprechen an, findet nicht den richtigen Ausdruck

für das, was er sagen will, bricht deswegen ab, fängt dann einen neuen Satz an, welchen er ebenfalls nicht vollendet, vergisst nun, was er eigentlich hat sagen wollen, sieht sich fragend um und schliesst den Satz mit einer mit dem Früheren zusammenhanglosen Wendung. Auch bei dem vorgesprochenen Worte vergisst er oft die letzten Silben.

In vorgeschrittenen Fällen gerathen endlich die Muskelfasern der Zunge, der Lippe, des Gesichts, zuweilen selbst des Unterkiefers in dem Moment, wo der Kranke seinen Mund zum Sprechen öffnet, in zitternde Bewegungen, welche sich besonders in dem Levator labii superioris, den Zygomaticis, im Orbicularis palpebrarum deutlich auszuprägen pflegen und die zuweilen so stark sind, dass das ganze Gesicht in krampfhafte Zuckungen versetzt zu sein scheint.

Erst nach einigen Sekunden, zuweilen erst nach einer Minute der Anstrengung wird die erste Silbe ausgestossen.

Der Ton der Stimme ist dabei oft verändert: rauh, näselnd, auffallend tief.

Die Schriftstücke (cf. S. 68) der Paralytiker zeigen in ihrem Inhalt die geistige Schwäche, die Wahnvorstellungen in ihrer verschiedenen Form. Die manische Erregung zeigt sich in dem vielfachen Unterstreichen der Worte, den Ausrufungszeichen, der angeordneten Beförderung durch den „Draht“, durch „Rohrpost“, „per express“ u. s. w.

Entsprechend dem Silbenstolpern zeigt sich die litterale und verbale Paragraphie.

Die Schrift selbst kann ataktisch (excessiv ausgeführte Buchstaben neben kleinen, zickzackförmig mit dicken Grundstrichen) oder zittrig sein.

Das Lesen entspricht dem Sprechen. Zuweilen lesen die Paralytiker aber etwas ganz Anderes, als was im Buche steht, und was im Uebrigen auch gar keinen Zusammenhang hat. Zuweilen wird Dyslexie beobachtet: nach wenigen Zeilen kann der Kranke nicht weiter lesen, da es ihm zu schwer wird, er sich unwohl fühlt.

Körperliche Symptome.

1. Motilität. In früher Zeit treten bei der Paralyse krampfartige Symptome in Gestalt von Zähneknirschen, Kaubewegungen, Zuckungen einzelner Muskeln, auch als Schreibkrampf auf. Die Lähmungssymptome zeigen sich zuerst oft als schnellschlägiges Zittern in den Gesichtsmuskeln, in der Zunge, besonders beim Versuch zu sprechen oder die Zunge zu zeigen, dann auch an den Händen, an der Musculatur des ganzen übrigen Körpers, oft als fibrilläres Zittern. Selten sind choreatische Bewegungen. Früh erscheint eine Ungleichheit der Lidspalten, Schwäche des Orbicularis palpebrarum der einen Seite, Differenz der Pupillen (Miosis, in etwa 60—70 % aller Fälle, Mydriasis seltener), ungleiche Innervation der Faciales, schief heraus gestreckte Zunge. Im weiteren Verlauf ergreift die Parese die gesammte Musculatur und steigert sich schliesslich zur Paralyse. Das Gehen der Paralytiker, welches ein paretisches oder ein paretisch-spastisches (mit starken Sehnenreflexen) oder ataktisches (mit schwachen oder fehlenden Sehnenreflexen) sein kann, wird schliesslich unmöglich. Hemiplegieen, auch Monoplegieen kommen im Anschluss an paralytische Anfälle vor, sind zuweilen auch durch peripherische Neuritis hervorgebrachte Lähmungen einzelner Nerven (Peroneuslähmung u. s. w.). Paresen und Paralysen der Hände, Parese der Sphinkteren und schliesslich Lähmung aller Schliessmuskeln charakterisiren das Endstadium.

Die elektrische Erregbarkeit der Muskeln und Nerven ist bei der Paralyse nicht verändert. Besteht eine Veränderung, so ist an eine Complication zu denken.

2. Sinnesorgane und Sensibilität der Haut. Sehnervenatrophie findet sich in ca. 12% der Fälle, besonders bei der tabischen Form. Ständiges und selbst progressives centrales Skotom mit Verfärbung des Sehnerveneintritts, Hemianopsie im Anschluss an paralytische Anfälle werden beobachtet. Hörstörungen sind selten, öfter Anosmie und Ageusie, auch in früheren Stadien. Neuralgiforme Schmerzen (Ischias) kommen im ersten Stadium öfter vor, sehr früh mehr oder minder ausgebreitete Anästhesieen und Analgesieen, besonders an den unteren Extremitäten. Man sei jedoch vorsichtig, nicht jede Aeusserung des Kranken, dass ihm ein Nadelstich keinen Schmerz bereitet, als Analgesie aufzufassen; besonders der manische Kranke giebt gern eine solche Schmerzlosigkeit an, um seine Gesundheit oder seine Widerstandskraft zu beweisen.

3. Reflexe. In Bezug auf die Patellarreflexe wurde oben schon das Nähere gesagt. Oft findet sich der Achillessehnenreflex und Anconeusreflex bereits im Beginn der Paralyse herabgesetzt oder fehlend.

Die Hautreflexe sind im ersten Stadium öfter gesteigert, in den späteren Stadien schwach. Der Babinski'sche Reflex findet sich nicht selten auf einer oder beiden Seiten. Von den visceralen Reflexen ist das Erloschensein des Pupillenreflexes auf Licht eins der frühesten und wichtigsten Zeichen[1]). Daneben kommt auch paradoxe und inverse Pupillenreaction vor.

Der Blasenreflex pflegt früh zu leiden, in späteren Stadien führt die Lähmung desselben mit Lähmung des Detrusor und Sphincter vesicae zu Ischuria paradoxa (cf. S. 75).

Der Sexualreflex ist im Beginn der Krankheit öfter normal, zuweilen gesteigert (Pollutionen) und pflegt später zu erlöschen.

4. Vasomotorische und trophische Störungen. Verminderung oder Vermehrung der Speichel- und Schweisssecretion ist häufig. Ein Theil der Erscheinungen, welche als trophische Störungen beschrieben wurden, sind Folgen der Unsauberkeit in Verbindung mit der bestehenden Anästhesie der Haut (Erytheme, Furunkeln, Decubitus).

Auf der anderen Seite können unerhebliche Traumen in vorher durch trophische Störungen veränderten Organen eine erhebliche Zerstörung veranlassen (Decubitus acutissimus kann zuweilen in einer Nacht mit gewaltigem Umfang entstehen), hierher gehören Rippenbrüche, Fracturen der Extremitäten, Arthropathieen[2]), Hämatome (cf. S. 79).

Das Körpergewicht pflegt in dem hypochondrischen und manischen Stadium der Paralyse sehr erheblich zu sinken, steigt dagegen oft beträchtlich in einer gewissen Periode des letzten Stadiums, um dann vor dem tödtlichen Ende meist wieder sehr erheblich herabzugehen, ohne dass in der mangelnden Nahrungsaufnahme oder in Diarrhoeen ein Grund dafür zu finden ist.

5. Die inneren Organe bieten in sehr vielen Fällen der progressiven Paralyse keinerlei Veränderung, speciell werden syphilitische Affectionen derselben nur ausnahmsweise gefunden. Der Puls ist meist regelmässig, in späteren Stadien zeigt das Sphygmogramm anakrote und katakrote Erhebungen und die Zeichen des Pulsus tardus. Die Temperatur ist, abgesehen von dem letzten Stadium, wo sie oft subnormal ist und zuweilen bis auf 24° C. fällt, normal. Erhöhungen der Temperatur deuten immer auf Complicationen. Oft wird Peptonurie, Abnahme des Harnstoffs, der Chloride und der Phosphorsäure gefunden.

Die Menstruation pflegt nicht gestört zu sein, vorzeitig tritt jedoch meistens die Menopause ein.

---

[1]) Moeli, Arch. f. Psych. Bd. 8, 13 u. 18.
[2]) Westphal, Charité-Annalen. Bd. 20.

6. Paralytische Anfälle. Diese im Verlauf der progressiven Paralyse in allen Stadien, öfter schon in dem ersten, auftretenden Anfälle können sich zeigen:

a) als apoplektiforme,
b) als epileptiforme,
c) als epileptoide.

Die ersteren schwanken in ihrer Entwicklung zwischen einem Auftreten schnell vorübergehender motorischer oder sensorischer Aphasie, einem kurzen Schwächezustand in der Hand beim Schreiben, einem schnell verlaufenden Schwindel, welcher die genannten Symptome auch begleiten kann, und einer stunden- selbst tagelang dauernden Bewusstlosigkeit mit nachfolgenden, in der Regel nach wenigen Stunden oder Tagen vorübergehenden Hemiparesen oder Hemiplegieen.

Die epileptiformen Anfälle schwanken zwischen dem Zucken einzelner Glieder, den leichtesten Formen der Jackson'schen Epilepsie bis zu dem typischen Bilde eines klassischen epileptischen Anfalls, der durch Wiederholung in einen Status epilepticus übergehen kann.

Endlich zeigen die epileptoiden Anfälle Trübungen oder volle Aufhebung des Selbstbewusstseins mit völliger Passivität oder Drang zum ziellosen Herumlaufen u. s. w., auch in der Gestalt von Dämmerzuständen.

Zuweilen schliesst sich an den paralytischen Anfall ein Zustand von Delirium hallucinatorium, welcher einem Alkoholdelirium sehr ähnlich sehen kann.

Die paralytischen Anfälle pflegen das Fortschreiten der Krankheit durch Schädigung der körperlichen wie der geistigen Functionen zu beschleunigen. Oefter erfolgt im apoplektischen Anfall oder im epileptischen Krampf der Tod.

Aetiologie. Die progressive Paralyse ist eine Krankheit, welche mit zunehmender Häufigkeit ihre Opfer fordert. Im Beginn des vorigen Jahrhunderts kaum bekannt, füllen die an dieser Krankheit Erkrankten jetzt die Irrenhäuser, in besonders hohem Procentsatz die Privatirrenanstalten und diejenigen öffentlichen Irrenanstalten, welche ihre Kranken aus den volksreichen Centren des Staates entnehmen.

Die progressive Paralyse ist eine Krankheit der civilisirten Völker, selten vorkommend bei den weniger Civilisirten und den Uncivilisirten. Sie ist seltener auf dem platten Lande als in den grossen Städten, sie trifft weit häufiger Männer wie Frauen[1]), in dem Verhältniss von 4 zu 1. Bei den Männern werden mit Vorliebe und in höherem Procentsatz die sogenannten besseren Stände ergriffen, bei den Frauen vorzugsweise die ärmere Bevölkerung. Bei den Männern liegt das Prädilectionsalter, in dem die Krankheit entsteht, zwischen dem 35. und 40. Jahr. Im späteren Alter wird sie immer seltener, nach dem 60. Lebensjahr kommt sie nur ausnahmsweise zum Ausbruch. Beobachtungen von Paralyse im

---

[1]) Jahrmärker, Zeitschr. f. Psych. Bd. 58.

kindlichen und im jugendlichen Alter[1]) haben sich in den letzten Decennien gehäuft, fast regelmässig ist hier hereditäre Syphilis nachzuweisen. Paralyse bei Ehegatten wird öfter gefunden (conjugale Paralyse)[2]). In etwa 75% aller Fälle von Paralyse findet man in der Anamnese eine im Durchschnitt 10—15 Jahre vor dem Ausbruch der Paralyse erworbene Syphilis. Da bei der unter gleichen Verhältnissen lebenden und in demselben Alter sich befindenden Bevölkerung nur in etwa 15—18% der Fälle Syphilis vorhanden ist und die Statistiken nach dieser Richtung an verschiedenen Orten im Wesentlichen übereinstimmende Resultate ergeben haben, so ist es nicht zweifelhaft, dass die Syphilis eine erhebliche Rolle bei dem Zustandekommen der Paralyse spielt. Dagegen aber, dass sie eine tertiäre syphilitische Hirnerkrankung oder ein metasyphilitischer Nervenschwund sei, spricht die Thatsache, dass weder im Gehirn noch in anderen Organen in der grössten Mehrzahl der Fälle syphilitische Veränderungen nachzuweisen sind, ferner, dass die antiluetische Therapie erfolglos ist, und vor Allem, dass ein nicht unerheblicher Procentsatz von Fällen existirt, in welchem Syphilis sicher nicht vorangegangen ist. Die Syphilis bildet nur das prädisponirende Moment, den Boden, auf welchem die Paralyse in der grossen Mehrzahl der Fälle entsteht.

Die die Paralyse thatsächlich hervorrufenden Schädlichkeiten würden die Krankheit nicht erzeugen können, wenn nicht das Nervensystem, speciell das Gehirn durch die vorangegangene Syphilis eine Veränderung erfahren hätte, welche es jenen Schädlichkeiten gegenüber widerstandsunfähig macht. Worin diese Veränderung besteht, ist zur Zeit noch unbekannt, vielleicht liegt sie in den Wänden der feinsten Gefässe und Capillaren und den dadurch bedingten Störungen der Endosmose und Exosmose.

In einem Theil der Fälle bildet hereditäre Anlage die Prädisposition, aber jene hat bei Weitem hier nicht die Bedeutung, welche, wie wir sahen, ihr bei den functionellen Psychosen zukommt.

Die direct hervorrufenden Ursachen liegen in einer grossen Anzahl von Fällen in psychischen Momenten: Kummer, Sorge, getäuschte Hoffnung, erlittene Verluste, den individuellen Verhältnissen nicht adäquate übermässige geistige Anstrengung, ferner in Debauchen in Baccho und Venere, besonders aber im Alkoholmissbrauch und endlich in einzelnen Fällen im Trauma des Kopfes.

---

[1]) Alzheimer, Zeitschr. f. Psych. Bd. 52.
[2]) Mönkemöller, Monatsschr. f. Psych., December 1900.

Der Ausbruch der Krankheit ist nie acut, immer gehen gewisse Prodrome der Entwicklung derselben voraus.

Der Verlauf der progressiven Paralyse ist in der Regel ein chronischer, abgesehen von der galoppirenden Form, welche sich meist mit dem Bilde des Delirium acutum deckt. Am häufigsten (in etwa zwei Drittel aller Fälle) verläuft die Krankheit als demente Form. Die Fälle von klassischer Paralyse sind in der Neuzeit immer seltener geworden.

Der progrediente Verlauf wird öfter durch Remissionen, besonders bei der klassischen und depressiven, auch der ascendirenden Form unterbrochen. Die Remissionen können den Eindruck von Heilung machen und Monate, selbst 1 Jahr und länger dauern. Eine gewisse Abschwächung früherer Energie, grössere Beeinflussbarkeit (Ehefrauen halten unter diesen Umständen ihre paralytischen Männer zuweilen für geistig gesunder als vor der Krankheit) lassen sich in der Regel auch dann nicht verkennen.

Die Dauer der Krankheit beträgt bei Männern im Mittel 3—4 Jahre, bei den Frauen 4—5 Jahre. Zwei Drittel der paralytischen Männer stirbt vor Ablauf des zweiten Jahres, ausnahmsweise kommt eine Dauer von 8—10 Jahren[1]), selbst noch eine längere vor.

Ausgänge. Die Ausgänge der Paralyse sind:

1. Heilung, welche äusserst selten vorkommt, doch unzweifelhaft beobachtet worden ist. In der Regel handelt es sich um Remissionen da, wo man von Heilung gesprochen hat.

2. Der Tod, in der Hälfte der Fälle im paralytischen Anfall oder durch Decubitus, Blasenlähmung, hypostatische Pneumonie, Erschöpfung, ferner durch Unglücksfälle (Erstickung in Folge von Schlucklähmung, Verletzungen und deren Folgen), zuweilen durch Selbstmord im ersten Stadium.

Pathologische Anatomie.

Der häufigste makroskopische Befund[2]) ist Schwund der Diploe mit Verdickung der Schädelknochen, grössere Schwere der Schädeldecke, Pachymeningitis externa et interna, Verdickung und einfache Trübung der Arachnoidea (auch milchige Trübung), besonders im vorderen Theil des Hirns, Verwachsung der Arachnoidea mit der Hirnrinde, auch mit der Dura und dem Schädeldach, besonders in

[1]) Lustig, Zeitschr. f. Psych. Bd. 57.
[2]) Näcke, Makroskopische Hirnbefunde bei männlichen Paralytikern. Zeitschr. f. Psych. Bd. 57, S. 619, 1900.

der Gegend der Centralwindungen, Atrophie der Hirnrinde, vorzugsweise im Stirnhirn, seltner an den übrigen Lappen, Granulationen des Ependym, Hydrocephalus internus et externus.

Das Hirngewicht ist in der Regel verringert, die rechte Hemisphäre ist meist schwerer als die linke.

Mikroskopisch[1]) findet man bei den chronisch verlaufenden Paralysen in der Hirnrinde: Vermehrung der Kerne der Neuroglia, Schwellung der Gliazellen mit reichlichen Ausläufern, die Neuroglia verdichtet, zuweilen faserig umgewandelt und geschrumpft. Die Nervenzellen sind verkleinert, sklerotisirt, oft pigmentirt, zeigen Verlust der chromophilen Substanz. Schwund der Nervenfasern, zuerst besonders der tangentialen Fasern (Tuczek), ist in der Regel vorhanden. Aehnliche Veränderungen sind in den grossen Ganglien, speciell im Thalamus opticus (Lissauer), auch im Kleinhirn (Weigert). Die Gefässe zeigen oft atherotische, selten hyaline Degeneration; in den Capillaren findet sich grössere Weite der Lumina mit Vergrösserung der Kerne und Verdickung der Wandungen (Kronthal), oft ist eine Neubildung der Gefässe vorhanden.

Heerderkrankungen sind selten.

Das Rückenmark[2]) bietet in Fällen, welche längere Zeit bestanden haben, regelmässig Veränderungen: Degeneration der Hinterstränge oder Seitenstränge, meist combinirte Erkrankungen (Fürstner), secundäre Degeneration der Pyramidenbahn; diffuse Myelitis. Degenerative Vorgänge an den vorderen und hinteren Wurzeln, wie an den peripherischen Nerven, einschliesslich der Hirnnerven, besonders des Opticus, sind häufig.

Ob der geschilderte Befund seinen Ausgangspunkt im Gefässsystem hat (Encephalitis interstitialis diffusa), wie ich für die überwiegende Mehrzahl der Fälle annehme und neuerdings auch von Robertson anerkannt wird, oder ob es um einen primären Degenerationsprocess der Nervenelemente sich handelt, oder ob endlich die krankmachende Ursache Gefässwände und Nerven gleichzeitig ergreift, ist zur Zeit mit Sicherheit nicht zu entscheiden.

Vielleicht deckt sich das verschiedene klinische Bild und der verschiedene Verlauf mit der Verschiedenheit der anatomischen Entwicklung.

Diagnose. Der vorgeschrittene Paralytiker lässt bei seinem blöden Gesichtsausdruck, seinen unbeholfenen Bewegungen, seinem Gruss mit charakteristischer Sprache sehr oft die Augenblicksdiagnose mit dem Moment, in welchem er ins Zimmer tritt, stellen.

Im früheren Stadium kommen differentiell-diagnostisch in Betracht:

1. Die functionellen Psychosen, speciell die Manie, die depressiven Zustände, die circuläre Psychose, ausnahmsweise die Paranoia. Hier entscheiden:

a) Das Vorhandensein geistiger Schwäche, welches jenen functionellen Psychosen vor ihrem Ausgang in Demenz fremd ist und welches schon in frühen Stadien der Paralyse nicht zu verkennen ist.

---

[1]) Binswanger, Pathologische Histologie der Grosshirnrindenerkrankung. Jena 1893.

[2]) Fürstner, Spinale Veränderungen bei progressiver Paralyse. Arch. f. Psych. Bd. 33, S. 939.

b) Vor Allem der Nachweis von Lähmungssymptomen, speciell die Störung der Reflexe (reflectorische Pupillenstarre, Mangel des Patellarreflexes u. s. w.), und von Sprachstörungen, welche der Paralyse eigenthümlich sind.

c) Das Eintreten von paralytischen Anfällen, welche zuweilen in zweifelhaften Fällen die Diagnose für die Paralyse entscheiden.

2. Die Intoxicationspsychosen. Hier ist der chronische Alkoholismus ganz besonders zu erwähnen (cf. alkoholistische Pseudoparalyse, S. 192). Auf dem Boden des chronischen Alkoholismus kann im Uebrigen Paralyse entstehen und auf der anderen Seite kann eine progressive Paralyse durch die psychische Veränderung Alkoholismus nach sich ziehen.

Von den chronischen Intoxicationen kommen differentiell-diagnostisch ferner noch in Betracht die Vergiftungen mit Brom, Sulfonal, Trional u. s. w. Diese Mittel können bei übermässigem Gebrauch Demenz, starke Herabsetzung des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit, Verlust der Patellarreflexe, Ataxie, selbst eine der paralytischen ähnliche Sprachstörung herbeiführen. Es fehlt jedoch die reflectorische Pupillenstarre. Die Besserung des Zustandes nach Entfernung der Gifte wird in der Regel die Diagnose schnell sichern.

Die Encephalopathia saturnina wird mit Rücksicht auf die Anamnese, den Nachweis von Bleikolik und Bleilähmung, die mässige, nicht progrediente Demenz, sich von der Paralyse unterscheiden lassen. Es fehlen bei dieser Encephalopathie die paralytischen Sprachstörungen, wie in der Regel auch die Pupillenerscheinungen.

Die Urämie, welche das Bild der Paralyse vortäuschen kann, unterscheidet sich durch das häufige Erbrechen, durch das Asthma, durch die Beschaffenheit des Urins (Eiweissgehalt und Cylinder), die Retinitis albuminurica, das Fehlen der reflectorischen Pupillenstarre und der Sprachstörung von der progressiven Paralyse.

3. In Bezug auf die organischen Hirnerkrankungen sei differentiell-diagnostisch Folgendes hervorgehoben:

a) Für eine syphilitische Hirnerkrankung sprechen andauernde Augenmuskellähmungen in der Anamnese, wie in den späteren Stadien (bei der Paralyse in der Regel nur passagere Lähmungen), Neuritis optica (bei der Paralyse einfache primäre Opticusatrophie, Neuritis optica selten), vorübergehende Hemiplegieen, vorübergehende und abwechselnde Monoparesen und Monospasmen und häufiger Wechsel der psychischen Erscheinungen. Es fehlt auch der syphilitischen Hirnerkrankung meist eine ausgedehnte Hyp- oder Analgesie, die Störungen der Sprache und der Schrift sind nicht so wie bei der Paralyse ausgeprägt.

Sind secundäre oder tertiäre Symptome der Syphilis an den Organen, an der Haut nachzuweisen, so wird dies für Hirnsyphilis gegen progressive Paralyse sprechen. Ein jugendliches Alter von 30 Jahren und darunter lässt mehr an eine syphilitische Erkrankung als an eine Paralyse denken, wenn es auch letztere nicht ausschliesst.

b) Für die Dementia senilis und gegen Paralyse spricht das höhere Alter über 65 Jahre, die eigenthümliche Gedächtnissstörung, bei welcher bei guter Erinnerung für das längst Vergangene die Merkfähigkeit für das soeben sich Ereignende verloren gegangen ist, ferner die meist gedrückte und sehr reizbare eigensinnige Stimmung der Altersblödsinnigen, während der vorgeschrittene Paralytiker sich meist durch seine leichte Lenkbarkeit auszeichnet. Die Dementia senilis nimmt ausserdem in der Regel einen viel langsameren Verlauf als die progressive Paralyse, sie zeichnet sich durch starke Schwankungen im psychischen Befinden, Mangel an paralytischer Sprachstörung und die relative Seltenheit reflectorischer Pupillenstarre aus.

Im Uebrigen giebt es Fälle, besonders in dem Alter zwischen 60 und

65 Jahren, in welchen man mit Sicherheit die Diagnose zu stellen nicht im Stande ist.

c) Für Heerderkrankungen des Hirns und gegen Paralyse sprechen deutlich nachweisbare Heerderscheinungen, welche bei der Paralyse fehlen, resp. nur im Anschluss an paralytische Anfälle vorübergehend auftreten. Allerdings giebt es auch Paralysen, welche mit Heerderkrankungen (apoplektische Heerde) complicirt sind.

Bei den Heerderkrankungen des Hirns ist in der Regel ein starkes Krankheitsgefühl vorhanden, selten entwickelt sich eine so ausgeprägte Demenz, wie in der Paralyse.

Sind multiple Heerderkrankungen des Hirns und des Rückenmarks vorhanden (wie z. B. bei multipler Sklerose oder bei syphilitischen Hirngeschwülsten), dann kann die Diagnose im vorgeschrittenen Stadium sehr schwer, ja unmöglich werden. Hier wird meist nur die Anamnese Sicherheit geben können.

Die Prognose der progressiven Paralyse ist ungünstig, doch ziehe man bei Stellung derselben den möglichen Eintritt von länger dauernden Remissionen in Rechnung.

Die Nachkommenschaft der Paralytiker zeigt öfter Abnormitäten der geistigen Entwicklung, erkrankt auch zuweilen in schwerer Weise psychisch. Nicht selten finden sich bei dieser Nachkommenschaft die körperlichen wie geistigen Zeichen der Degeneration in ausgedehntem Grade.

Die Ehen der Paralytiker sind in einem relativ grossen Procentsatz (ca. 25 %) unfruchtbar, während die Zahl der kinderlosen Ehen bei der Bevölkerung im Durchschnitt zwischen 10 und 12 % beträgt.

Therapie. Der an der dementen Form leidende Paralytiker bedarf zuweilen im frühen Stadium der Krankheit der Aufnahme in die Anstalt wegen seiner Neigung zu unmoralischen Handlungen. Bei vorgeschrittener Demenz ist dies erforderlich, wenn der Kranke zu Hause nicht die nöthige Aufsicht und Pflege geniessen kann.

Die depressiven und manischen Stadien der Krankheit bedürfen aus demselben Grunde der Anstaltsbehandlung, wie die an Melancholie und Manie leidenden Kranken.

Ist bei einem Paralytiker vorangegangene Syphilis nachzuweisen, ist die Demenz noch nicht weit vorgeschritten und hat auch die Ernährung noch nicht zu sehr gelitten, dann versuche man eine Schmierkur (täglich 2—3 g Unguentum cinereum bis zur Gesammtmenge von 120 g).

Die Fälle, in welchen eine Besserung oder auch nur ein Stillstand der Krankheit durch diese Behandlung oder durch Jod, Ergotin, Ableitung auf die Haut erreicht wird, gehören jedoch zu den seltenen Ausnahmen. Das Aufsuchen von Bädern ist nutzlos, durch die

mit Reisen und fremden Verhältnissen verbundenen Aufregungen schädlich.

Bäder von 26° R., auch mit Zusatz von 2—3 kg Kochsalz sind im Hause resp. in der Anstalt zu empfehlen.

Vor chirurgischen Eingriffen (die Trepanation hat auch vor der Paralyse nicht Halt gemacht) ist zu warnen.

Die Behandlung wird in der Regel nur eine symptomatische sein können und den augenblicklichen Zustand ins Auge zu fassen haben. Dabei ist für eine kräftige Nahrung mit reichlichem Milchgenuss, sorgfältige Reinigung des Kranken Sorge zu tragen. Auf einen etwa entstehenden Decubitus, auf den Zustand der Blase ist besonders zu achten (cf. S. 119 u. 75). Ebenso ist für genügende Entleerung des Darmes zu sorgen. Bei Erregungszuständen ist Bettruhe, als Schlafmittel sind Trional, Sulfonal, Chloral, auch Morphiuminjectionen zu empfehlen.

b) Die Dementia senilis, senile Hirnatrophie [1]).

Der Altersblödsinn beginnt in der Regel mit Schlaflosigkeit, Schwindelanfällen, welche sich zur Höhe von epileptischen Zuständen steigern können, Ohnmachten, Parästhesie an den Händen und Füssen, mit ärgerlichem und reizbarem Wesen, Nachlassen des Gedächtnisses, besonders für Dinge, welche soeben und vor kurzer Zeit passirt sind, während es für längst vergangene Zeiten noch lange Zeit treu, zuweilen auffallend treu bleibt. Damit vermischen sich hypochondrische Klagen, egoistische Strömungen überwiegen, altruistische Gefühle treten mehr und mehr zurück. Daher der gesteigerte Geiz gegen andere, gleichzeitig zuweilen mit sinnloser Verschwendung, um sich selbst Genüsse zu verschaffen. In letzterer Beziehung treten besonders erotische Regungen auf, und dem Trieb zur Befriedigung derselben werden grosse Summen geopfert, zuweilen gehen daraus auch Heirathsversprechen, selbst Heirathen unter Ausserachtlassen aller Rücksichten auf Stand, Kinder u. s. w. hervor.

Schwere psychische Symptome krankhafter Natur treten meist zuerst in der Nacht auf. Der Kranke legt sich nicht zu Bett oder steht bald wieder auf, wirthschaftet in der Wohnung umher, verschliesst alles, verbarrikadirt sich, hat auch vorübergehend Illusionen und Hallucinationen von Leuten, welche einbrechen wollen,

---

[1]) Alzheimer, Sammelreferat in Monatsschr. f. Psych. 1898. Wille, Zeitschr. f. Psych. Bd. 30. Fürstner, Arch. f. Psych. 1889. Bd. 20.

oder von solchen, die zu dem anderen Ehegatten gehen, um mit ihm in der Nacht unsittliche Handlungen zu vollziehen.

Am Tage erzählt der Kranke die phantasirten oder hallucinirten Vorgänge als Thatsachen, während er im Uebrigen den Eindruck voller Orientirung machen und nach Aussen hin als geistesgesunder Mensch erscheinen kann. Auf Grund seines krankhaft veränderten Verhältnisses zur Aussenwelt stösst er nicht allzu selten frühere Testamente um, errichtet neue, wobei der Glaube, dass seine Kinder auf seinen Tod warten, denselben zu beschleunigen suchen, dadurch gesteigert wird, dass die Angehörigen ihm in der That öfter widersprechen, ihn von manchen verkehrten Handlungen abzuhalten suchen. Das gut erhaltene Gedächtniss für Ereignisse aus lange zurückliegender Vergangenheit, aus der Jugend, ist den Zeugen, welche nach dem Tode über die Giltigkeit des Testamentes vernommen werden, oft ein Beweis für die vorhanden gewesene geistige Gesundheit. In diesem Stadium kommt es auch nicht selten zu unsittlichen Handlungen (Stehlen), besonders auch zu Vergehen und Verbrechen gegen die Sittlichkeit.

Im weiteren Verlauf zeigt sich grosse Geschwätzigkeit, Fabuliren, mit erheblicher Abnahme der Intelligenz und mangelnder Orientirung über Raum und Zeit, Furcht, allein gelassen, hilflos auf die Strasse gesetzt zu werden, Vernachlässigung der gesellschaftlichen Rücksichten im Anzuge, in Bezug auf die Befriedigung von Bedürfnissen, in Bezug auf Essen und Trinken, Verunreinigung der Kleider und des Bettes durch mangelnden Schluss der Sphinkteren.

Apoplektiforme Anfälle verschlimmern sodann den geistigen Zustand.

Das Schlussbild zeigt einen apathischen Blödsinn, in welchem der Greis schliesslich zum Kinde wird.

Mit Rücksicht auf die körperlichen Störungen hat man eine Dementia senilis mit oder ohne Heerdsymptome unterschieden. Die Dementia senilis mit Heerdsymptomen zeigt Hemiplegieen, auch Paraplegieen, welche ihren Ursprung apoplektischen Ergüssen oder thrombotischen Erweichungsheerden verdanken.

Specielle Symptomatologie.

Illusionen und Hallucinationen sind besonders im Gesichtssinn in frühen Stadien der Dementia senilis häufig. Vorübergehend kommt es zu Massenhallucinationen in allen Sinnen mit erheblicher Trübung des Bewusstseins. Solche Zustände treten besonders Nachts auf.

Die Intelligenz bröckelt allmälig ab. Oefter sind melancholische Wahnvorstellungen (Versündigungswahn), häufiger hypochondrische, zuweilen

kommen auch manische und hypomanische Zustände, endlich paranoische Wahnvorstellungen mit dem Charakter des Verfolgungswahns vor. Im letzteren Falle können sich auch Grössenideen damit verknüpfen.

Oefter findet ein schnelles Umsetzen von plötzlichen Impulsen, denen eine Hemmung nicht entgegentritt, in Handlungen statt. Die Gewaltsamkeit dieser letzteren steht oft in krassem Widerspruch zu der sonstigen Energielosigkeit.

Erwähnt wurden die Störungen des Gedächtnisses. Es handelt sich hier, besonders im Anfang der Dementia senilis, vorzugsweise um eine Herabsetzung der Merkfähigkeit, die Kranken wissen daher nicht, dass sie soeben gegessen, dass sie soeben Besuch gehabt haben u. s. w.

Körperliche Symptome.

Zittern des Kopfes, der Zunge, der Extremitäten, gebückte Haltung, im späteren Stadium dann die erwähnten Lähmungen der Extremitäten sind gewöhnliche Begleiterscheinungen der Dementia senilis. Dazu kommt hochgradige Enge und Differenz der Pupillen, selten reflectorische Pupillenstarre (Siemerling und Moeli), starke Sehnenreflexe, welche später an Kraft abnehmen, auch verschwinden können, Abnahme der Hautreflexe. Im vorgerückteren Stadium kommt es zu einer Lähmung der Blasen-, der Rectalreflexe. Ausserdem bestehen im Uebrigen die gewöhnlichen Altersveränderungen, speciell in den Sinnesorganen und im Gefässsystem.

Die anfängliche Agrypnie macht später langem und andauerndem Schlaf Platz. Oft werden narkoleptische Anfälle beobachtet, die Kranken schlafen ohne Rücksicht auf Ort und Zeit am Tage ein, während sie in der Nacht schlaflos sind.

In ähnlicher Weise wie bei der progressiven Paralyse zeigen sich auch hier paralytische Anfälle.

Aetiologie. Die senile Demenz beginnt in der Regel nicht vor dem 65. Jahre, bei den Frauen meist etwas später. Das vorzeitige Eintreten der Altersveränderungen des Gehirns und die übermässige Entwicklung derselben, welche die senile Demenz bedingen, kann vor dem 65. Lebensjahre durch hereditäre Anlage, durch schwere körperliche Erkrankung, durch Abusus spirituosorum, durch psychische Ursachen (Kummer, Sorge, Verlust des Ehegatten) hervorgerufen werden.

Der Verlauf der senilen Demenz ist zuweilen ein protrahirter, ein Jahrzehnt und länger dauernder und zeigt öfter Remissionen und Exacerbationen. Der Ausgang ist der Tod, welcher durch einen apoplektiformen Anfall plötzlich oder durch Marasmus allmälig erfolgen kann. Zuweilen kommt auch, besonders in dem ersten Stadium der Dementia senilis, Selbstmord vor. Oefter endet intercurrente Krankheit (Pneumonie) das Leben.

Pathologische Anatomie.

Die charakteristische Veränderung der Dementia senilis besteht in einer allgemeinen Sklerose der Hirnarterien, öfter mit hyaliner fibröser Degeneration derselben. Dabei sind zuweilen die grossen Gefässe intact, während die kleinen Gefässe und Capillaren erkrankt sind. Am Schädel zeigt sich oft eine Verdünnung der Knochen, die Diploe tritt zu Tage (Malum senile), meist sind vorhanden Pachymeningitis externa und interna, nicht selten mit Hämatom, Trübungen der Arachnoidea, mit Einlegung von Kalkplättchen, starke Pacchioni'sche Granulationen, Atrophie der Hirnrinde, besonders am Stirnhirn, Granulationen des Ependyms. In einem Drittel

aller Fälle findet sich hämorrhagische oder thrombotische Erweichung im Hirn, ferner sklerotische Veränderungen im Rückenmark. Mikroskopisch bietet das atrophische Hirn Wucherungen der Neuroglia, zuweilen mit miliarer Sklerose der Hirnrinde, Schwund der Tangentialfasern, Verminderung der Zahl der Nervenzellen, von denen die vorhandenen atrophisch-pigmentös und fettig degenerirt mit Chromatolyse sind. Die feinsten Gefässe und Capillaren zeigen sich oft verödet, zuweilen in Stränge verwandelt ohne Lumen. Die peripherischen Nerven bieten oft die Zeichen einer degenerativen Neuritis.

Die Diagnose hat zu berücksichtigen, dass nicht jede im Greisenalter vorkommende Psychose Altersblödsinn ist. Alle anderen Formen psychischer Krankheit, auch heilbare, können im Greisenalter auftreten. Die langsame Entwicklung, die eigenthümliche Gedächtnissstörung, wie die progressiv sich steigernde geistige Schwäche sind diagnostisch entscheidend.

Von den Heerderkrankungen des Hirns wird die Dementia senilis entweder durch den Mangel an Heerdsymptomen oder da, wo solche vorhanden sind, durch den Verlauf, speciell durch das spätere Eintreten der Heerdsymptome, nachdem bereits die psychische Störung nachweisbar war, unterschieden.

Die differentielle Diagnose zur progressiven Paralyse vergleiche bei dieser letzteren.

Die Prognose ist ungünstig.

Die Therapie wird eine symptomatische sein, man entziehe nicht die gewohnten Reizmittel, Kaffee, Bier, Wein, welche man in mässiger Menge zu gestatten hat. Zur Beruhigung dienen Morphiuminjectionen oder innerlich Opium, zur Beseitigung eintretender Schwächezustände Kampherinjectionen.

Die Unruhe der Kranken und die Neigung zu unsittlichen Handlungen, bei der ärmeren Bevölkerung der Mangel an Aufsicht und Pflege im Hause, werden die Indicationen zur Aufnahme der Altersblödsinnigen in die Irrenanstalt geben.

c) Arteriosklerotische Psychosen[1]).

Auf dem Boden einer sich schnell entwickelnden Sklerose des Aortensystems sieht man besonders bei Männern im Alter von 55—60 Jahren mit Herzklopfen, Pulsbeschleunigung oder intermittirendem Puls, geringem Eiweissgehalt des Urins das Bild einer Melancholia simplex mit Angstanfällen, Selbstvorwürfen, Selbstmordgedanken entstehen, welche nach einigen Monaten wieder vorüber gehen. Während dieser Zeit pflegen die vorher nicht nachweisbaren Veränderungen im Gefässsystem deutlich zu werden (Klimakterium der Männer). In anderen Fällen führt die Arteriosklerose zur Hirnatrophie, entweder unter dem Bilde der Dementia senilis, wobei nur das verhältnissmässig jugendliche Alter (55—60 Jahre)

---

[1]) Alzheimer, Sammelreferat. Monatsschr. f. Psych. 1898.

auffallend ist (prämature Senescenz), oder unter dem Bilde der dementen Form der progressiven Paralyse. Von letzterer unterscheidet sie sich durch das späte Auftreten, das Fehlen der reflectorischen Pupillenstarre, der paralytischen Sprachstörung, die hochgradige Entwicklung der arteriosklerotischen Erscheinungen an den fühl- und sichtbaren Arterien, am Herzen, den Nieren (arteriosklerotische Schrumpfniere), den mässigen Grad von Schwachsinn bei sehr gestörtem Gedächtniss mit starkem Krankheitsgefühl, bei Mangel deutlicher Wahnvorstellungen und den sehr langsamen, wenig progredienten Verlauf.

Die Therapie dieser Zustände besteht in der Bekämpfung der Arteriosklerose.

Im Verlauf der Paralysis agitans werden melancholische Zustände öfter beobachtet, nach längerem Bestehen derselben zeigen sich öfter die Erscheinungen der senilen Demenz. Die Encephalitis haemorrhagica acuta verläuft zuweilen unter dem Bilde des Delirium acutum.

Pachymeningitische Psychosen.

Pachymeningitis mit oder ohne Hämatom kann die verschiedenartigsten Hirnerkrankungen begleiten.

Da wo sie die wesentliche anatomische Grundlage der Psychose ist, verläuft die Psychose nach Beginn mit heftigen Kopfschmerzen mit tiefer Depression, Schwäche des Gedächtnisses und der Intelligenz, zuweilen mit sehr langsamer Progression und Jahre lang bestehenden Stillständen, in anderen Fällen schnell mit Erbrechen und Lähmungszuständen tödtlich endend. Derartige Fälle kommen bei Alkoholisten, nach Trauma, bei Tuberculösen und Kachektischen vor.

d) Syphilitische Psychosen[1]).

Die Syphilis als ätiologisches Moment wurde bereits S. 96 berücksichtigt.

Organische syphilitische Psychosen können bedingt werden[2]):

1. Durch syphilitische Erkrankung der Hirnarterien (Endarteriitis, Periarteriitis mit nachfolgender Thrombose und Erweichungsheerden).
2. Durch Gummigeschwülste des Hirns.
3. Durch diffuse, öfter multiple syphilitische Erkrankung des Hirns und seiner Häute (Meningoencephalitis gummosa, syphilitische locale Meningitis vom Trigonum intercrurale aus sich ausbreitend).

In zahlreichen Fällen combiniren sich die verschiedenen Formen.

Gemeinsam ist der betreffenden Erkrankung ein Vorläuferstadium mit Kopfschmerzen, schlechtem Schlaf, Augenmuskel-

---

[1]) Jolly, Klinische Wochenschr. 1/1901.

[2]) Meyer, Sammelreferat im Centralblatt f. allg. Pathologie und path. Anatomie 1898.

lähmungen, vorübergehenden Lähmungen der Extremitäten, partiellen Sehstörungen.

Im weiteren Verlaut wird das Krankheitsbild wegen der verschiedenen Localisation und Ausbreitung des krankhaften Processes in Bezug auf die körperlichen Symptome ein ungemein verschiedenes, nicht selten oft wechselndes. Apoplektiforme Anfälle, auch apoplektische, besonders mit rechtsseitiger Hemiplegie und Aphasie (Endarteriitis art. foss. Sylvii sinistr.), Jackson'sche Epilepsie, epileptoide Zustände mit rauschartiger Verwirrtheit und Hallucinationen, epileptische Anfälle sind nicht selten. Die Sprachstörungen haben in der Regel den Charakter der Dysphasieen und Dysarthrieen, nicht des Silbenstolperns. In Bezug auf den psychischen Zustand ist den organisch bedingten syphilitischen Psychosen eine Herabsetzung der Intelligenz und des Gedächtnisses gemeinsam. Damit können sich Zustände, wie die Symptome eines Delirium hallucinatorium, eine hypochondrische Melancholie, auch Wechsel von manischer Erregung und Depression verbinden, in seltneren Fällen kann auch eine paranoische Wahnbildung entstehen. In einer grossen Reihe von Fällen verläuft die Krankheit unter dem Bilde der progressiven Demenz (Pseudoparalysis syphilitica Fournier).

Die differentielle Diagnose zur Paralysis progr. cf. S. 211.

In manchen Fällen, besonders nach antisyphilitischen Kuren, bleibt die Krankheit stationär; es bleibt ein Zustand mässiger geistiger Schwäche und mangelnder Energie zurück.

Der Ausbruch einer syphilitischen Psychose erfolgt zuweilen plötzlich im Anschluss an einen apoplektischen oder epileptischen Anfall.

Verlauf und Dauer der Psychose werden durch die Localisation und Ausbreitung des syphilitischen Processes bestimmt.

Die Prognose wird immer eine zweifelhafte sein, da man auf den Erfolg der specifischen Kur mit Sicherheit nicht rechnen kann.

Die Therapie ist die der Syphilis, wobei länger fortgesetzte Kuren mit refractärer Dosis der specifischen Mittel denjenigen vorzuziehen sind, welche zu energisch eingreifen (Unguent. ciner. in Dosen von 3 g pro Tag bis zur Gesammtmenge von 150 g). Bleibt das Quecksilber unwirksam, so versuche man Kuren mit Jodkalium in grossen Dosen (1,5—4,0 g zweimal täglich) oder Jodipin (dreimal täglich einen Theelöffel). Zuweilen sind in inveterirten Fällen noch Kuren mit Zittmann'schem Decoct wirksam. Kaltwasserkuren sind in der Nachbehandlung zu empfehlen.

Durch hereditäre Syphilis können hervorgerufen werden:

1. Zustände von Imbecillität und Idiotie, cf. S. 131;
2. progressive Paralyse im Kindesalter, cf. S. 208;
3. familiäre progressive Demenz (Homén). Beginn im Alter von 12—20 Jahren, mit Ermüdungsgefühl, Kopfschmerzen, Schwindel, später Ataxie, Zittern, Contracturen, Langsamkeit der Sprache, Verminderung der Intelligenz und des Gedächtnisses.

In all diesen Fällen wird der Versuch mit einer Schmierkur gemacht werden müssen.

2. Psychosen, welche durch Heerderkrankungen des Hirns hervorgerufen werden.

a) Psychosen nach apoplektischen Insulten.

Hirnapoplexieen führen häufig neben unerheblicher Schwäche der Intelligenz und des Gedächtnisses eine stärkere Reizbarkeit, weinerliche Stimmung, dann wieder Redseligkeit, leichte Beeinflussbarkeit auf der einen, unbezwingbare Hartnäckigkeit in einzelnen Dingen auf der anderen Seite herbei. Zuweilen äussert sich der krankhafte Gemüthszustand besonders in der sexuellen Sphäre (unsittliche Attentate). Oefter entwickeln sich auf diesem Boden melancholische oder hypochondrisch-melancholische Depression, paranoische Wahnvorstellungen. Wiederholte apoplektische Insulte, besonders in Folge von Embolie und Thrombose mit folgenden Erweichungsprocessen, führen nicht selten in Bezug auf die psychischen Erscheinungen zu einem Krankheitsbilde, welches dem der Dementia senilis gleicht, während es somatisch die Zeichen des Krankheitsheerdes bietet (Aphasie, Hemiplegie, Hemianopsie u. s. w.). Vorübergehend kann sowohl nach der hämorrhagischen wie nach der thrombotischen oder embolischen Form der Apoplexie ein Zustand von aphasischer Verwirrtheit entstehen (Trübungen des Bewusstseins mit Erinnerungsdefecten und paraphatischer Sprachstörung).

b) Psychosen, welche durch Hirngeschwülste hervorgebracht werden[1].

Es kommen in Betracht Gliome, Sarcome, Carcinome, Fibrome, Cholesteatome, Tuberkel des Hirns.

Soweit diese Geschwülste neben den somatischen Erscheinungen

---

[1]) Kaplan, Neurol. Centralbl. 1897. Gianelli, ebendort.

(Stauungspapille u. s. w.) psychisch abnorme Zustände hervorbringen, äussern sich diese:

1. In zeitweise auftretenden und schnell vorübergehenden Hallucinationen, welche zuweilen mit der Localisation des Tumors in Zusammenhang stehen (Gesichtshallucinationen bei Tumoren des Hinterhauptslappens u. s. w.), und öfter als Täuschungen erkannt werden.

2. In Herabsetzung der Intelligenz und des Gedächtnisses, öfter nur als gewisse Trägheit und Indolenz, leichte Vergesslichkeit, gewisses „Dösigsein" mit eigenthümlich stumpfem Gesichtsausdruck. Zuweilen zeigt sich ein Läppischsein (Moria).

3. In einer gewissen labilen Stimmung, leichten Reizbarkeit, Lachen, Schluchzen.

Ausgebildete Krankheitsbilder mit massenhaften Hallucinationen, mit melancholischen oder paranoischen Wahnvorstellungen, epileptoiden Dämmerzuständen sind selten; öfter eine progressive Demenz, besonders dann, wenn multiple Heerde vorhanden sind.

Im Allgemeinen zeichnen sich die psychischen Störungen bei Hirntumoren dadurch aus, dass sie in der Regel mit einem erheblichen Krankheitsgefühl verbunden sind und dadurch, dass in der Zeit zwischen den Anfällen, in welchen Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen reichlich producirt werden, grössere Klarheit eintritt.

Aehnliche Zustände psychischer Alteration, wie durch die bezeichneten Tumoren können durch Cysticercus, Echinococcus (hier besonders häufig epileptische Anfälle, man untersuche auf Cysticercus der Haut und des Auges), Hirnabscess (hier besonders hallucinatorische Delirien) und multiple Sklerose hervorgebracht werden.

Aus der psychischen Krankheit ist eine Localdiagnose nicht zu stellen, wenn auch im Allgemeinen gesagt werden kann, dass Heerderkrankungen des Stirnhirns besonders häufig psychische Alteration hervorrufen.

Die Localdiagnose ist lediglich aus den somatischen Erscheinungen zu stellen.

Im Uebrigen ist zu berücksichtigen, dass sich auch psychische Krankheiten mit Hirngeschwülsten compliciren können.

Anhang.

Psychosen, welche durch Trauma hervorgerufen werden[1]).

Traumen können Geisteskrankheiten hervorrufen:

1. Indem sie die Entwicklung des Gehirns beeinträchtigen. So kann Imbecillität und Idiotie durch Traumen, welche den Kopf im Uterus oder bei der Geburt oder auch später im kindlichen Alter treffen, entstehen.

2. Dadurch, dass sie in dem entwickelten Gehirn einen krankhaften Zustand herbeiführen. Dabei braucht an den äusseren Bedeckungen irgend eine wesentliche Veränderung nicht vorhanden zu sein, es braucht weder ein Bruch der Tabula vitrea, oder eine Fractur der Schädelbasis noch Blutung in das Gehirn oder die Häute des-

---

[1]) Guder, Jena 1886. Moeli, Arch. f. Psych. Bd. 12. — Wille, Arch. f. Psych. Bd. 8. Troeger, Friedreich's Blätter f. ger. Medicin 1901.

selben entstehen. Es können Zeichen der Gehirnerschütterung (Coma, weite Pupillen, verlangsamter Puls und verlangsamte Athmung), unmittelbar nach dem Trauma fehlen, in der Regel sind sie aber da, wo später eine Psychose sich entwickelt, vorhanden gewesen.

3. Ohne oder bei unerheblicher Verletzung des Kopfes oder des Körpers überhaupt kann die Plötzlichkeit, Gewaltsamkeit der die Verletzung begleitenden Umstände (Explosionen, Eisenbahnunfälle u. s. w.) eine molekulare Veränderung des Hirns hervorrufen, welche zur Psychose führt (Schreckpsychosen, Kräpelin), (Railway-brain). Das Bindeglied zwischen Verletzung und Psychose als nach aussen hin wahrnehmbarer Erscheinung bildet dann der Shock.

Man unterscheidet ein torpides Stadium desselben (verfallenes blasses Gesicht, weite, träge reagirende Pupillen, kaum fühlbarer Puls, welcher unregelmässig ist, Sinken der Temperatur auf 36—35,5, kalter Schweiss, der Kranke klagt über Kälte und Ohnmachtsgefühl, das Bewusstsein ist nicht getrübt) von dem ihm in der Regel folgenden erethischen Stadium (Stöhnen und Schreien, Angst, Umherwerfen, Athmungs- und Pulsbeschleunigung).

Jedes dieser Stadien kann auch isolirt vorkommen.

Für die Zeit des erlittenen Traumas und für eine kürzere oder längere Zeit danach kann völlige Amnesie bestehen. In anderen Fällen ist diese Amnesie nur eine theilweise, beschränkt sich auf die Details, in noch anderen dagegen betrifft die Amnesie auch die dem Unfall vorangegangenen Ereignisse auf Stunden, selbst Tage und Wochen (retrograde Amnesie).

Die sich entwickelnde Psychose kann sich mit deutlichen Erscheinungen sowohl in den Fällen der Kopfverletzung, wie in den Fällen des Shocks ohne Kopfverletzung direct an das Trauma anschliessen (primäre traumatische Psychose), oder erst nach langen unerheblichen Prodromalerscheinungen nach Monaten, selbst nach Jahr und Tag evident werden (secundäre traumatische Psychose).

Im ersteren Fall schliessen sich an die Verletzung zuweilen Symptome eines Dämmerzustandes, der sich in manchen Fällen periodisch später wiederholt. Oefter treten die Symptome eines Delirium hallucinatorium oder die einer ängstlichen Melancholie oder auch einer Dementia acuta auf, Psychosen, welche meist in Heilung übergehen. Zuweilen treten die erwähnten Psychosen aber in der Form von periodischen Geistesstörungen auf. In einer grösseren Zahl von Fällen schliesst sich an das Trauma eine hypochondrische oder hysterische Psychose, die erstere mit Kopfschmerz, Klopfen und Hämmern im Kopf, grosser Empfindlichkeit gegen Licht und Geräusch, Schlaflosigkeit und Schwindel, Angstgefühl mit den verschiedenartigsten Phobieen, Hoffnungslosigkeit mit Suicidialgedanken, vor Allem aber mit völliger Energielosigkeit. Dabei findet sich in der Regel ein beschleunigter Puls, es entwickelt sich Atherose der Gefässwände, Haut- und Sehnenreflexe sind erhöht, die Zunge, Hände, nicht selten die Augen-

lider zucken, zuweilen besteht ein Zittern des ganzen Körpers. Dabei besteht Dermographie, es zeigt sich ein fortschreitendes Herabgehen des Körpergewichts, welches auch durch reichliche Nahrungsaufnahme nicht beseitigt wird. Häufig besteht Intoleranz gegen Alkoholica. Die Entwicklung einer hysterischen Psychose geschieht mit all den wechselnden Erscheinungen, wie sie die auf dem Boden der Hysterie entstehenden Psychosen zeigen.

Nicht selten ist es eine Combination von hypochondrischen und hysterischen Erscheinungen, welche besonders häufig seit dem Bestehen der Unfallgesetzgebung, meist von sehr langer Dauer ist und sehr schwer in Heilung übergeht.

Bei Alkoholisten tritt nach dem Unfall zuweilen das Delirium tremens auf, aber auch die Entwicklung anderer alkoholistischer Psychosen kann durch das Trauma befördert werden.

Da, wo ein längerer Zwischenraum zwischen Trauma und den ersten deutlichen Zeichen der Psychose vorhanden ist, wird jener nicht selten durch andauernde Kopfschmerzen, durch grosse Reizbarkeit, durch Trägheit und Abscheu vor der Arbeit, durch Neigung zum Vagabundiren, Missbrauch des Alkohols, welcher in der Regel schlecht vertragen wird, ausgefüllt. Zuweilen gehen derartige Zustände in unheilbare Demenz über.

Mit ähnlichem Verlauf und mit zwischendurch auftretenden manischen oder melancholischen Phasen entwickelt sich unter Hervortreten von Pupillendifferenz, allgemeiner motorischer Parese die Dementia paralytica traumatica (Koeppen).

Endlich kann auch progressive Paralyse bei vorhandener Prädisposition (Syphilis, Alkohol, erhebliche hereditäre Anlage) durch das Trauma erzeugt werden.

Während Epilepsie und epileptische Psychosen bei Kindern in Folge von Trauma nicht allzu selten entstehen, entsteht diese Krankheit bei Erwachsenen, speciell nach dem 30. Lebensjahr, in Folge von Trauma nur ausnahmsweise.

Es handelt sich bei den Fällen, von welchen als zur traumatischen Epilepsie gehörend berichtet wird, in der Regel nicht um eine klassische Epilepsie, sondern um eine alkoholistische oder syphilitische Epilepsie, bei welcher das Trauma nur ein auxiliäres Moment zur Entstehung der Krankheit war, oder um eine organisch bedingte Epilepsie (Jackson).

Oefter dagegen sieht man epileptoide Dämmerzustände periodisch nach dem Trauma eintreten.

Apoplexieen, Encephalitis haemorrhagica, Hirnabscesse und Hirngeschwülste können durch Trauma hervorgerufen werden und kann das letztere damit auch die aus jenen Krankheiten hervorgehenden Psychosen bedingen.

4. Das Trauma kann dadurch eine Psychose hervorrufen, dass die aus jenem hervorgegangene Verletzung oder die durch die Heilung bedingte Narbe auf dem Wege des Reflexes in der Regel mit epilepsieartigen Erscheinungen die Krankheit vermittelt (Reflexpsychose), ein äusserst seltenes Vorkommen.

5. Das Trauma kann die Prädisposition zur Entstehung einer Psychose schaffen, indem es die Widerstandsfähigkeit des Gehirns herabsetzt.

In dieser Weise sind die zuweilen erst nach Jahren nach einer

Verletzung auftretenden Psychosen in manchen Fällen zu beurtheilen, bei welchen in der Zwischenzeit irgend ein nennenswerthes Krankheitssymptom nicht vorhanden war und die directe Veranlassung für die Geisteskrankheit nicht in dem Trauma, sondern in einem später wirkenden ätiologischen Moment gesucht werden muss.

6. Endlich kann eine Verletzung durch das Krankenlager, welches jene schafft, durch die andauernden Schmerzen, welche sie hervorruft, die Schlaflosigkeit, den Kräfteverfall und bei der arbeitenden Bevölkerung besonders gleichzeitig durch die Sorge für die eigene Zukunft und die der Familie, mittelbar besonders bei vorhandener Prädisposition (Heredität, Alkoholismus u. s. w.), eine Psychose hervorrufen.

Verlauf, Dauer und Ausgänge der durch ein Trauma hervorgerufenen Psychose richten sich nach der klinischen Form, welche dieselbe zeigt.

Diagnose. Die Feststellung, dass eine bestehende Psychose durch eine Verletzung bedingt worden ist, hat zur Voraussetzung:

1. Dass das Trauma eine gewisse Erheblichkeit hatte. Dabei ist es von besonderer Wichtigkeit, festzustellen, ob die erlittene Verletzung mit einer Hirnerschütterung oder mit einem Shock verbunden war;

2. dass nervöse Erscheinungen in zeitlichem Zusammenhang mit der erlittenen Verletzung sich entwickelten. Der letztere Nachweis ist besonders schwierig, da die Unerheblichkeit der Erscheinungen sie nach aussen hin oft wenig deutlich oder gar nicht erkennen lässt.

Oefter ist das Trauma nur ein Ereigniss, das die schon vorhanden gewesene Erkrankung lediglich zur deutlichen Erscheinung oder zum beschleunigten Ablauf bringt (Paranoiker betrachten den ihnen widerfahrenen Unfall als durch die feindlichen Mächte hervorgebracht, welche sie verfolgen, werden dadurch in der Existenz jener bestärkt und treten nun mit den Wahnvorstellungen deutlich hervor; die progressive Paralyse erfährt durch Traumen nicht selten einen beschleunigten Ablauf).

Endlich ist das Trauma nicht selten die Folge einer Erkrankung des Nervensystems (Schwindelanfälle, Unachtsamkeit der Paralytiker, besonders auch Schwindel bei Epileptikern).

Die Therapie hat da, wo es sich um Narben der Haut oder Impressionen oder Fracturen des Schädels, um Hirnabscesse, Hirngeschwülste handelt, auf chirurgische Hilfe zu recurriren, im Uebrigen die specielle Krankheitsform zu behandeln.

Zu den traumatischen Psychosen gehören auch die durch Sonnenstich und Hitzschläge[1]) hervorgerufenen, welche unter dem Bilde tobsüchtiger Erregung mit Hallucinationen und erheblicher Trübung des Bewusstseins, öfter mit Krämpfen und weiten, reactionslosen Pupillen eintreten, in Heilung, zuweilen mit retrograder Amnesie, enden oder auch in chronische Demenz, oder in den Tod übergehen.

Endlich gehören hierher auch noch diejenigen Psychosen, welche durch Operationen hervorgerufen werden und welche nicht etwa, wie die Jodoformpsychosen, zu den durch Verbandmittel erzeugten Intoxicationspsychosen zu rechnen sind.

Sie treffen prädisponirte Individuen, sei es, dass die Prädisposition durch hereditäre Belastung, sei es, dass sie durch die Krankheit, welche die Operation nothwendig gemacht hat, sei es, dass sie durch die Lebensweise (Alkohol) oder durch die gebrauchten Medicamente (Morphium u. s. w.), sei es endlich, dass sie durch Gram, Kummer, Sorge erzeugt ist.

Besonders scheinen Operationen an der Blase, Castration, Anlegung des Anus praeternaturalis, sodann Staaroperationen begünstigend für die Entstehung von Psychosen zu sein, welche meist unter dem Bilde des Delirium hallucinatorium verlaufen[2]), und in der Mehrzahl der Fälle am 2. bis 5. Tage nach der Operation zum Ausbruch kommen.

---

[1]) Régis, Revue neurologique 1901.

[2]) Picqué, Délire psychique post-opératoire. Annal. méd. psychologiques, Juli-August und Sept.-Oct. 1898.

Anlagen.

A. Anleitung zur Untersuchung eines Geisteskranken und Anfertigung der Krankengeschichte.

I. Der Kranke spricht und giebt Auskunft, welche eventuell durch die Angaben von Attesten, der Angehörigen u. s. w. zu controliren resp. zu ergänzen ist.

1. Name?
   Wann geboren?
   Beruf?
   Ledig?
   Verheirathet?
   Kinder?
   Alter derselben?
2. Lebensgeschichte.
   Wo und mit welchem Erfolge die Schule besucht?
   Bis zu welchem Alter?
   Besondere Begabung?
   Schilderung des Beginns und weiteren Verlaufs der Berufsthätigkeit und Erfolge derselben?
   Wechsel derselben?
   Soldat gewesen?
   Disciplinarstrafen dabei?

   (Die letzteren Fragen sind öfter deswegen wichtig, weil ihre Beantwortung von dem damaligen körperlichen, auch geistigen Zustand Kenntniss geben kann.)

   (Beim weiblichen Geschlecht.)
   Eintritt der ersten Menstruation? Weiterer Verlauf, Beschwerden dabei?
   Wann verheirathet?
   Schwangerschaften und Entbindungen?
   Selbst genährt?
3. Erbliche Anlage (cf. S. 84 f.)?
   a) Vater oder Mutter geisteskrank oder nervenkrank (Epilepsie, Migräne)?
      Woran sind dieselben gestorben (Apoplexie)?
      Waren sie blutsverwandt?
   b) Grosseltern?
   c) Andere Blutsverwandte?
      Eventuell Kinder des zu Untersuchenden?
   d) Ist Trunksucht oder Selbstmord in der Familie vorgekommen?

e) Sind besondere körperliche Krankheiten in der Familie (Tuberculose, Diabetes, Krebs) herrschend?

4. Ueberstandene körperliche Erkrankung?
Normal zur Welt gekommen oder mit Kunsthilfe?
Entwicklungshemmungen (wann sprechen, wann gehen gelernt)?
Kinderkrankheiten?
Syphilis? Verlauf derselben?
Kopfverletzung?
Unfälle überhaupt?
5. Vorhanden gewesene Nervenkrankheiten?
Chorea?
Pavor nocturnus?
Convulsionen?
Epileptische Anfälle? Verlauf derselben?
Bettnässen?
Zustände von Bewusstlosigkeit?
Hysterische Symptome?
Migräne?
6. Frühere Geisteskrankheit?
Wann? Beginn, Verlauf, Dauer und Ausgang derselben?
Anstaltsbehandlung?
7. Etwaige Conflicte mit der Polizei oder dem Strafgesetz? Selbstmordversuche?
8. Lebensgewohnheiten?
Excesse in Baccho, Venere und im Tabak?
Reaction auf Alkohol?
Onanie?
Uebermässige Anstrengung, körperliche oder geistige?
9. Welche Ursache wird für die jetzige Krankheit angegeben?
10. Wann zeigten sich die ersten Zeichen derselben und wie war der Verlauf?
Hat der Kranke jetzt Selbstmordversuche gemacht?
Hat er mit Strafe bedrohte Handlungen begangen?
Hat er durch abnorme Handlungen (Verschwendung u. s. w.) sich oder seine Familie gefährdet?
Worüber hat der Kranke jetzt
a) in psychischer,
b) in körperlicher Beziehung zu klagen?
Fieberhafte Zustände? Epileptische oder hysterische Anfälle? Appetit, Stuhlgang, Schlaf?
Menstruation?

11. Status praesens.

a) Untersuchung des geistigen Zustandes.

Aus dem vorangegangenen Examen wird sich sehr häufig schon ein Anhaltspunkt für das Vorhandensein und die Richtung von Wahnvorstellungen ergeben. In diesem Falle benütze man die Bemerkungen des Kranken, um daran anknüpfend die nähere Feststellung derselben vorzunehmen.

Diese Feststellung hat sich besonders darauf zu richten, ob
1. expansive Wahnvorstellungen (cf. S. 21) (Selbstüberschätzung, Grössenwahn),
2. depressive Wahnvorstellungen (cf. S. 22 u. 23) melancholischer Natur (Beachtungswahn, Selbstbeschuldigung, Versündigungswahn), hypochondrischer Natur (Klagen über Krankheit, Verän-

derung der Organe, die Krankheit ist Strafe für den schlechten Lebenswandel, für die begangenen Sünden),

3. paranoische Verfolgungsvorstellungen (cf. S. 23 u. 24, [der Kranke ist das unschuldige Opfer seiner Feinde]),
4. combinirte Wahnvorstellungen (Verfolgungswahn und Grössenideen),
5. systematisirte Wahnvorstellungen (all die verschiedenen Wahnvorstellungen sind in ein bestimmtes System gebracht)

vorhanden sind.

Ist in den vorangegangenen Bemerkungen des Kranken ein Anhaltspunkt für das Examen über vorhandene Wahnvorstellungen nicht gegeben, ist auch mit Sicherheit nicht zu erkennen gewesen, ob er völlig orientirt ist, dann untersuche man den geistigen Zustand nach folgendem Schema:

a) Ob der Kranke orientirt ist?
b) Wie ist seine Auffassung über seine Persönlichkeit?
c) Was hat er in Bezug auf seinen geistigen und körperlichen Zustand beobachtet?
d) Welche Beobachtungen machte er in Bezug auf die Aussenwelt?

Fragen ad a) Wo befinden Sie sich?
Wer bin ich (der Untersuchende)?
Zu welchem Zweck sind Sie hier?
Wie lange sind Sie hier?
Wo waren Sie vorher?
Welches Datum haben wir?

(Aus der Beantwortung der Fragen wird sich ergeben, ob Patient orientirt oder desorientirt ist.)

Fragen ad b) Ihr jetziger Beruf?
Bis wann waren Sie in demselben thätig?
Wollen Sie denselben fortsetzen?
Wollen Sie einen andern ergreifen?
Haben Sie besondere Pläne für die Zukunft?
Haben Sie bereits eine andere bevorzugte Stellung?
Sind Sie im Besitz von Glücksgütern?
Wie gross ist wohl Ihr Vermögen?
Besitzen Sie Häuser, Güter u. s. w.?
Sind Sie besonders ausgezeichnet worden (S. 22)?
oder: Können Sie nicht mehr Ihren Beruf erfüllen?
Haben Sie Ihre Pflichten nicht gethan?
Haben Sie sich versündigt?
Haben Sie Verbrechen begangen?
Sind Sie lebensüberdrüssig (S. 22. 147)?

(Die Beantwortung ad b ergiebt, ob die Persönlichkeit nach der expansiven oder depressiven Seite verändert ist.)

Fragen ad c) Ist Ihr Geist oder Körper verändert?
α) Im günstigen Sinne?
Wird Ihnen das Denken leicht?
Ist Ihr Gedächtniss gut?
Hat die Muskelkraft zugenommen?
Sind Sie schwerer (grösser) geworden?
Hat die sexuelle Kraft zugenommen?
Fühlen Sie frühere körperliche Beschwerden nicht (manische Vorstellungen S. 22)?
β) Im ungünstigen Sinn?
Hat Ihr Gedächtniss abgenommen?
Wird Ihnen jede geistige Arbeit schwer?
Sind Ihre körperlichen Organe krank? Welche?

Haben Sie das Gefühl, als ob dieselben abgestorben wären?
Haben Sie Syphilis?
Sind Sie impotent (hypochondrische Vorstellungen S. 23. 26. 105. 148)?

ad d) Wie verhalten sich Ihre Angehörigen zu Ihnen?
Haben Sie bemerkt, dass die Leute besonders wohlwollend gegen Sie sind?
Haben Sie viele Freunde?
Auch Freundinnen?
Haben Sie bemerkt, dass man Sie besonders beachtet (S. 23. 24. 159)?
Haben Sie eigenthümliche Vorgänge auf der Strasse, Veröffentlichungen in den Zeitungen gefunden, welche Sie auf sich beziehen müssen (S. 23. 24. 160)?
Halten Sie sich für das Opfer von Verfolgungen (S. 22. 23)?
Wer sind die Verfolger?
Was haben dieselben für ein Interesse daran, Sie zu schädigen?
Haben Sie denselben einen Grund zur Verfolgung geboten?
Geschieht Ihnen damit Recht?
Oder sind Sie unschuldig?
Wollen die Verfolger persönliche Zwecke erreichen (S. 24. 25)?
Wollen dieselben Sie an der Erreichung gewisser Ziele hindern?

In einzelnen Fällen werden noch die Fragen zu stellen sein, ob und wie die Aussenwelt verändert ist (S. 26. 27) oder ob dieselbe überhaupt nicht existirt (S. 26).

Ob die geäusserten Vorstellungen als Wahnvorstellungen zu erachten sind, cf. S. 29—31.

Sind Wahnvorstellungen vorhanden, dann wird es in der Regel auf die bezeichnete Weise möglich werden, den Kranken zur Aeusserung über dieselben zu veranlassen, zuweilen gelingt dies erst mit Hilfe der Aufdeckung von vorhandenen Hallucinationen.

Man frage nicht: hören Sie Stimmen, sehen Sie Gestalten u. s. w.?, da die Kranken dann öfters zurückhaltend sind, besonders dann, wenn sie wiederholt danach gefragt und ihnen gesagt wurde, dass die Erscheinungen, über welche sie klagen, nicht existiren.

Man gehe allmälig zu Werke.

Haben Sie Sausen im Kopf? Brausen in den Ohren? Ist es zuweilen geräuschvoll hier oder draussen? Auch in der Nacht? Sind die Tapeten nicht zuweilen von eigenthümlicher Farbe?

Riecht es nicht zuweilen widrig? Ist das Essen zuweilen gesalzen oder bitter u. s. w.?

So kommt man schnell oder mit einiger Mühe zur Feststellung, ob bestehen

6. Hallucinationen oder Illusionen des Gesichts (S. 8).
Beschreibung derselben:
Stabil? Bewegt? Schattenhaft? Glänzend? Einseitig (S. 12)? Doppelseitig mit verschiedenem Inhalt (S. 13)?
Glaubt der Kranke an die objective Wahrheit, ist er zweifelhaft oder weiss er, dass es eine Täuschung ist?

7. Hallucinationen oder Illusionen des Gehörs (S. 8).
Beschreibung derselben:
Eine Person? Männer-, Frauen-, Kinderstimmen? Deutlich oder flüsternd? Einseitig (S. 11)? Doppelseitig mit verschiedenem Inhalt (S. 13)?
Lautwerden der eigenen Gedanken (S. 8)?
In Bezug auf den Glauben an die Realität (cf. oben)?

8. Hallucinationen oder Illusionen im Geruch (S. 9): Widrig? Angenehm?
9. Hallucinationen oder Illusionen im Geschmack (S. 9): Widrig? (Faulig? Aashaft? Wenn der Kranke über Stechen, Prickeln u. s. w. auf der Zunge beim Essen klagt, so ist dies auf Hallucinationen des Tastgefühls zurückzuführen.) Angenehm?
10. Cutane Hallucinationen resp. Illusionen (S. 9): Pelzigsein? Ameisenkriechen? Elektrisiren?
11. Hallucinationen im Temperaturgefühl (S. 9): Ueberfahren mit kaltem oder heissem Schwamm?
12. Hallucinationen im Muskelgefühl:
    a) Im Augenapparat (S. 8)? (Der Hallucinirende sieht die Gegenstände klein, gross, sich entfernend oder sich nähernd u. s. w.)
    b) Im Sprachapparat (S. 10)?
    Innere Sprache?
13. Kinästhetische Hallucinationen (S. 10): Glaubt sich der Kranke im Ganzen, in einzelnen Gliedern bewegt? Fühlt er Schwanken? Schweben, Versenken oder In-die-Höhe-ziehen?
14. Hallucinationen der Organgefühle (S. 10. 11): Fühlt er seinen Magen, seinen Leib, sein Herz u. s. w. verändert? Wie seinen Sexualapparat?

Man begnüge sich nie damit, Hallucinationen nur in dem einen oder anderen Sinne festzustellen, sondern untersuche immer nach dem vorstehenden Schema sämmtliche Sinne.

Hat man Sinnestäuschungen festgestellt, so frage man den Kranken, wie er sich die auffallenden Erscheinungen zu Stande gekommen denkt, da sie der Wirklichkeit, den physikalischen Gesetzen u. s. w. widersprechen.

Giebt er an, dass sie durch eine fremde Macht, durch Feinde hervorgerufen würden, so frage man, welches Interesse jene daran hätten, ihn so zu behandeln.

Diese Untersuchung verbindet sich mit der Erörterung der Begründung der vorher festgestellten Wahnvorstellungen seitens des Kranken.

Aus den bisher gegebenen Antworten des Kranken werden sich bereits Anhaltspunkte zur Beurtheilung der Reproductionskraft und der Kraft der Associationen (Intelligenz) ergeben.

Die genauere Feststellung erfolgt in jetzt zu besprechender Weise:

15. Reproductionskraft. Gedächtniss:
    a) Krankhaft gesteigert (Hypermnesie) (S. 33)?
    b) Krankhaft herabgesetzt (S. 36)?

Nach der genossenen Schulbildung und der socialen Stellung des Kranken wird die Fragestellung eine sehr verschiedene sein müssen.

Fragen aus dem Einmaleins?
Namen des regierenden Herrschers? Des Vaters? Des Grossvaters? Der Kaiserin?
Erdtheile? Provinzen des Staates?
Flüsse? Monate? Wie viel Tage hat jeder einzelne?
Wie viel Stunden der Tag? Wie viel Minuten die Stunde?
Wie viel haben 20 Mark Zehnpfennigstücke? Wie viel 1 Mark?
Wann ist Weihnachten? Geburtstag?
Wann sind die Geburtstage der Familienmitglieder?
Tagesereignisse?
Ist die Erinnerungsfähigkeit für frühere Ereignisse gut, für eben passirte schlecht?
Erzählungen aus der Jugendzeit? Aus der Soldatenzeit?
Wer war gestern zu Besuch?

Was hat es heute zu Mittag gegeben?
Ob für gewisse Zeiten Erinnerungslosigkeit (S. 36)?

Die Merkfähigkeit (S. 20) prüft man, indem man eine Zahl, einen Satz nach kurzer Zeit oder sofort wiederholen lässt oder ein Bild vorlegt, dasselbe erläutert und nach kurzer Zeit fragt, was dasselbe bedeutet.

16. Die Prüfung des Associationsvorganges hat festzustellen, ob derselbe krankhaft beschleunigt (S. 21) oder krankhaft herabgesetzt ist (S. 32).

Das Erstere ergiebt sich aus der Schnelligkeit der Antworten, aus dem schnellen Ueberspringen von dem Einen zum Anderen.

Die Prüfung, ob geistige Schwäche vorhanden ist, wird vor Allem den Bildungsgang, die Beschäftigung, die sociale Stellung des Kranken berücksichtigen müssen. Man lasse subtrahiren, dividiren, Zins rechnen. Wozu zahlt man Steuern? Was bedeutet der Reichstag? Der Bundesrath? Man knüpfe an den Beruf des Kranken an und richte Fragen in Bezug auf diesen an denselben (bei Gewerbtreibenden Bezugsquellen seiner Waaren? Herstellungskosten? Wie viel Pfund hat ein Kilogramm? Wie gross ist ein Meter?)[1].

Dabei ist festzustellen, ob die Auffassung der Frage verlangsamt, ob das Verständniss derselben erschwert und dementsprechend auch die Antwort verspätet kommt.

17. Endlich wird man nachzusehen haben, ob bestimmte Vorstellungen das Denken beherrschen oder ob dieses vorzugsweise nach der Richtung des einen oder anderen Associationsgesetzes vor sich geht (Zwangsvorstellungen S. 157).

18. Die augenblickliche Gemüthslage — Stimmung — wird in der Krankengeschichte zu verzeichnen sein. Es wird gesagt werden müssen, ob dieselbe öfter, auch während der Untersuchung wechselt (Emotivität S. 45), ob der Kranke während derselben sich in einem Affect (S. 45. 46) zeigt, besonders ob er Erscheinungen der Angst (S. 46) bietet, im Allgemeinen oder nach bestimmter Richtung hin, besonders auch ob hypochondrische Angst (S. 47) und Präcordialangst (S. 77) besteht.

19. Aus der Untersuchung ergiebt sich die in die Krankengeschichte aufzunehmende Thatsache, ob der Kranke im Stande ist, aufmerksam dem Gange derselben zu folgen oder ob er seine Aufmerksamkeit auf gewisse Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen concentrirt oder ob seine Aufmerksamkeit geschwächt (Aprosexie [S. 50]) ist.

Mit dem Zustand der Aufmerksamkeit steht die grössere oder geringere Ablenkbarkeit (S. 50) in Zusammenhang.

b) Untersuchung der Sprache (cf. S. 65).

Ob Neologismen (S. 66)?
Ob Bradyphrasie (S. 67)?
Ob Logorrhoe (S. 67)?
Ob Echosprache (S. 67)?
Ob Agrammatismus (S. 68)?
Ob Verbigeriren (S. 66)?
Ob Perseveriren (S. 66)?
Ob Paraphasie (S. 67)?

---

[1]) Man soll aus einer oder mehreren unrichtigen Antworten, besonders beim Rechnen, nicht sofort die Diagnose „geistige Schwäche" stellen. Dieselben Fragen beantwortet zuweilen der gleichzeitig anwesende geistig Gesunde, die Ehefrau u. s. w. ebenso falsch.

Ob dysarthrische Sprachstörung (skandirende, bulbäre Sprache, Stottern, Stammeln)?

Sodann lasse man den Kranken lesen und schreiben (S. 68) und notire die Ergebnisse dieser Untersuchung.

c) Untersuchung des Körpers.

1. Allgemeiner Ernährungszustand:
   Zustand der Musculatur? Körpergewicht?
2. Gesichtsausdruck (S. 69) (manisch, depressiv, indifferent, beobachtend, blöde).
   Gesichtsfarbe (blass, cyanotisch, congestionirt).
3. Schädel:
   Beschreibung der Form, soweit sie sich durch Besichtigung und durch Betastung feststellen lässt (S. 70. 71 [dolichocephal, brachycephal, mikrocephal, hydrocephal, plagiocephal]), und etwaiger Degenerationszeichen an demselben (Ohren, Augen, Gaumen, Lippen, Zähne [cf. S. 71 u. 72]).
   Für etwaige Schädelmessung cf. S. 70.
   Narben am Schädel?
4. Augenmuskeln, speciell Pupillen (cf. S. 72. 73): Gleich? Eng? Weit?
   Reflectorische Pupillenstarre?
   Augenhintergrund? Eventuell Gesichtsfelduntersuchung (epileptische, hysterische, alkoholische, organische Hirnkrankheiten).
5. Peripherischer Gehörapparat.
6. Olfactorius. Trigeminus. Facialis:
   Fibrilläre Zuckungen in Gesichtsmuskeln, ungleiche Gesichtshälften? Glossopharyngeus (Rachenreflex? Schlucken?). Accessorius (Stimmbandlähmung?). Hypoglossus (Zittern der Zunge, fibrilläre Zuckungen, Zunge gerade oder schief herausgestreckt?).
7. Obere und untere Extremitäten. Stamm.
   Verkrümmungen? Degenerationszeichen (S. 72)? Gang?
   Muskelspannungen? (Passive Bewegungen in den Gelenken: Es ist zu untersuchen, ob eine gleichmässige Spannung aller Muskeln, wie bei Contracturen, besteht, oder ob die Spannung lediglich in den Antagonisten der bei einer Bewegung in Thätigkeit tretenden Muskeln auftritt (Negativismus, willkürliche Spannung), ferner, ob die Glieder in der passiv erzeugten Stellung stehen bleiben.)
   Spontane Bewegungen? Stereotypieen?
   Choreatische Bewegungen? Tic?
   Paresen? Paralysen? Zittern?
   Muskelatrophieen? Eventuell elektrische Untersuchung?
   Sehnenreflexe (Patellar-, Achillessehnen-, Cubitalreflex [S. 76])?
   Fussclonus?
   Hautreflexe (S. 77)?
   Babinski'scher Reflex (S. 77)?
8. Sensible Hautnerven (S. 74):
   Hyperästhesieen? Anästhesieen? Parästhesieen?
   Schmerzgefühl? Temperatursinn?
9. Vasomotorische und trophische Nerven:
   Zustand der Haut (blass, blau). Haare. Speichel. Schweiss. Thränen. Decubitus (S. 178).
10. Urin- und Stuhlentleerung:
    Enuresis. Dysurie. Ischuria paradoxa. Stuhlverstopfung. Secessus involuntarii.

11. Digestionsapparat.
   Narben an der Zunge? Sonstige Beschaffenheit derselben? Magen? Leber? Milz?
12. Respirationsapparat:
   Kehlkopf? Lungen?
13. Circulationsapparat:
   Herz? Puls? Atherose des Aortensystems? (Radialiswand. Geschlängelte Temporalarterien? Carotiswand?) Zahl der Pulsschläge und Beschaffenheit derselben?
14. Untersuchung des Urins (!) (speciell auf Eiweiss und Zucker).
15. Sexualapparat:
   Degenerationszeichen (S. 72)?
   Eventuell beim weiblichen Geschlecht manuelle Untersuchung.

Liegen bestimmte abnorme Handlungen vor, welche auch die nächste Veranlassung zu der Einholung ärztlichen Raths oder die Aufnahme in eine Irrenanstalt boten, so frage man nach Beendigung der Untersuchung, wie der Kranke sich jenen gegenüber stellt, wie er zu denselben gekommen ist, ob er sie etwa ableugnet, oder ob er sie gerechtfertigt findet. Dabei werden seine ethischen, religiösen und ästhetischen Gefühle (cf. S. 3) zur Besprechung kommen.

Am Schlusse erkläre man dem Kranken, dass er krank sei, dass es besser werden würde, und um so schneller, je mehr er sich den ärztlichen Anordnungen fügt.

Den Abschluss der Krankengeschichte bildet die Diagnose.

Bei manchen Krankheitsformen wird eine Augenblicksdiagnose möglich sein: Hoher Grad von Idiotismus, Hebephrenie mit nachfolgender Dementia praecox, Myxödem, progressive Paralyse (der Kranke kommt mit dem Hut auf dem Kopf, mit einem paralytisch ausgesprochenen „guten Morgen", blöd-lächelndem Gesichtsausdruck und spastisch-paretischem oder ataktischem Gang in das Zimmer).

Der Anfänger wird am sichersten auf dem Wege der differentiellen Diagnose zu einer Entscheidung über die Form der Krankheit kommen.

Nach der Anamnese wird sich entscheiden lassen, ob ein geistig krankhafter Zustand von Jugend auf bestand (Idiotismus). Die Diagnose wird sichergestellt durch die bestehende geistige Schwäche, Hydrocephalus, Mikrocephalus, Lähmungen u. s. w.

Ist dies auszuschliessen, handelt es sich um eine später erworbene Geisteskrankheit, so ist die erste Frage, ob eine organisch bedingte Psychose vorhanden ist oder nicht.

Für die erstere entscheidet das Vorhandensein nachweisbarer Lähmungen der Motilität, reflectorische Pupillenstarre, Verlust der Patellarreflexe, paralytische Sprachstörung.

Es wird sich dann darum handeln, ob Paralyse, ob Dementia senilis, ob eine syphilitische Erkrankung, ob Heerderkrankung u. s. w. vorhanden ist.

Die differentielle Diagnose cf. S. 211.

Ist eine organische Psychose auszuschliessen, so wird an eine Intoxicationspsychose zu denken sein. Hier wird die Anamnese entscheidend sein; in Bezug auf den Alkoholismus vergl. S. 190 u. 192.

Epileptische und hysterische Psychosen sind einmal gekennzeichnet durch die in der Anamnese verzeichneten epileptischen und hysterischen Attaquen, wie die zur Zeit der Psychose vorhandenen epileptischen und hysterischen Anfälle. Sind alle die genannten Formen psychischer Störung auszuschliessen, so bleibt die Diagnose der functionellen Psychose übrig.

Hier wird diejenige des Delirium hallucinatorium durch die starke Bewusstseinstrübung, die der Manie durch den beschleunigten Ablauf der

Vorstellungen, die der Melancholie durch die depressive Stimmung und Hemmung, die der Paranoia durch die systematisirten Wahnvorstellungen und die der Dementia acuta durch dic geistige Lähmung charakterisirt. Die Diagnose der circulären Psychose ist mit Sicherheit nur aus dem Verlauf zu stellen.

Schwierigkeiten kann die Diagnose hier noch dann machen, wenn die functionelle Psychose in einen Zustand von Demenz geendet hat.

Hier entscheidet die Anamnese und das Bild der secundären Demenz, wie es S. 103 gezeichnet worden ist.

Um zu einer Diagnose zu kommen, kann man auch von einem andauernden, wesentlichen Symptom ausgehen und sich die Frage vorlegen, bei welchen Formen jenes Symptom vorkommt, und durch Ausschliessung der übrigen zu der vorliegenden Art der Psychose kommen.

Der Kranke bietet z. B. andauernd ausgesprochenen Grössenwahn dar. Dann kommt in Frage: 1. progressive Paralyse, 2. Paranoia, 3. Manie, 4. alkoholistische, 5. epileptische Psychose, 6. manisches Stadium der circulären Psychose.

Vermöge des Ergebnisses der Anamnese, wie mit Rücksicht auf die ausser dem Grössenwahn vorhandenen krankhaften Symptome von Seiten der Psyche (z. B. geistige Schwäche) und des Körpers (z. B. Lähmungserscheinungen) wird man dann auf die richtige Diagnose kommen.

II. Der Kranke spricht, seine Angaben sind aber verworren.

Dic Anamnese ist dann im Wesentlichen nach vorliegenden Attesten oder Angaben der Angehörigen aufzunehmen.

Bei der Untersuchung ist die Art und Weise, wie der Kranke gestellte Fragen beantwortet, zu fixiren.

Es ist festzustellen:

1. Ob aus den verwirrten Reden Wahnvorstellungen oder Hallucinationen hervorleuchten (cf. oben) oder die Bewegungen, die Mienen des Kranken das Vorhandensein von Hallucinationen wahrscheinlich machen.
2. Es ist der Versuch zu machen, ihn auf einige Fragen, welche wesentlich nur Reproductionskraft erfordern, abzulenken und vorübergehend zu fixiren. Ob der Kranke ablenkbar ist oder nicht, ist zu notiren. Ferner:
3. Ob seine Sprache irgend eine der oben bezeichneten Störungen erkennen lässt?
4. Ob seine Stimmung heiter, deprimirt oder gleichgiltig ist?

Sodann ist eine genaue körperliche Untersuchung vorzunehmen.

Im Wesentlichen handelt es sich hier darum, festzustellen, ob eine hallucinatorische oder eine manische oder eine demente Form der Verworrenheit vorliegt.

Auch eine paraphasische Verwirrthcit kommt in Betracht. In Bezug auf die specielle Diagnose cf. S. 49. 50.

III. Der Kranke befindet sich im stuporösen Zustand (S. 53—56).

Man beschreibe genau die Art und Weise, wie der Kranke liegt oder steht oder sitzt, ob er sich bewegt, und wie diese Bewegungen sind, ob impulsive und stereotype Handlungen vorkommen.

Ferner ist die Rcaction auf äussere Einwirkungen speciell zu prüfen, wie er sich Fragen gegenüber verhält, wie die Nahrungsaufnahme geschieht, ob Flexibilitas cerea besteht.

Die körperliche Untersuchung ist sorgfältig vorzunehmen, das Verhalten des motorischen Apparates (Hypertonie, Katatonie, Hypotonie) wie der Reflexe (Sehnen-, Haut-, viscerale) und der Sensibilität ist zu prüfen.

Die Anleitung zur speciellen Diagnose siehe Stupor (23. 53. 54. 56. 81. 166. 167).

IV. Der Kranke ist tobsüchtig.

Hier wird es bei der Unmöglichkeit der Untersuchung im Wesentlichen darauf ankommen, die tobsüchtigen Handlungen und das Verhalten des Kranken bei diesen zu schildern.

Auf den Gesichtsausdruck ist zu achten, die Möglichkeit, den Kranken auf kurze Zeit abzulenken, zu untersuchen.

Die Schilderung des Zustandes und die Diagnose berücksichtige die Ausführungen S. 57 und 58.

V. Der Kranke spricht gar nicht, obwohl er nicht stuporös ist.

Die Untersuchung geschieht wie bei den Stuporösen.

Die Diagnose hat S. 65 a) c) d) e) f) zu berücksichtigen.

B. Attest zur Aufnahme eines Geisteskranken in eine Irrenanstalt.

Die einzelnen Provinzialirrenanstalten Preussens haben besondere, nicht übereinstimmende Fragebogen, deren Beantwortung seitens eines Arztes zur Aufnahme in die Anstalt nothwendig ist.

Die öffentlichen Berliner Anstalten haben diesen Fragebogen nicht; es genügt das Attest eines Arztes, dass der Betreffende geisteskrank und die Aufnahme in eine Irrenanstalt nothwendig ist; die kgl. Charité fordert das Attest zweier Aerzte.

Für die Aufnahme in eine Privatanstalt für Geisteskranke, Epileptische und Idioten in Preussen ist nach dem ministeriellen Erlass vom 26. März 1901 erforderlich:

> „Das Zeugniss des Kreisarztes oder des ärztlichen Leiters einer öffentlichen Anstalt für Geisteskranke oder einer psychiatrischen Universitätsklinik. In dringenden Fällen, welche auch ohne erhebliche äussere Unruhe oder Gewaltthätigkeit des Kranken vorliegen können, ist die vorläufige Aufnahme auch auf das Zeugniss jedes approbirten Arztes gestattet. Der Kranke muss jedoch innerhalb 24 Stunden nach der Aufnahme dem zuständigen Kreisarzt angemeldet und von diesem binnen 3 Tagen nach der empfangenen Anmeldung untersucht werden.
>
> Das Zeugniss des Arztes muss Veranlassung und Zweck der Ausstellung, Zeit und Ort der Untersuchung, insbesondere das Datum der letzten Untersuchung (die Aufnahme darf nur innerhalb einer Frist von zwei Wochen nach der letzten in dem Zeugnisse angeführten Untersuchung erfolgen), die dem Untersuchenden gemachten Mittheilungen einerseits und die eigenen Wahrnehmungen andererseits enthalten.
>
> Das Zeugniss muss die Krankheitszeichen genau angeben und begründen, weshalb der Kranke der Aufnahme in die Anstalt bedarf.“

Die Krankheitszeichen selbst ergeben sich aus der Untersuchung, wie sie nach den vorangehenden Anleitungen ausgeführt ist. Das Attest schliesst damit, dass der p. p. an einer Geisteskrankheit leidet, welche als ...... zu bezeichnen ist.

Die Aufnahme in eine Irrenanstalt ist erforderlich (S. 113. 114):
1. zum Zweck der Heilung, oder
2. weil der Kranke tobsüchtig ist, oder
3. weil er, ohne tobsüchtig zu sein, in der Freiheit sich oder Anderen gefährlich werden kann, oder
4. weil er die Nahrung verweigert, oder
5. weil die socialen Verhältnisse eine Pflege und Ueberwachung des Kranken im Hause nicht gestatten.

Meist sind mehrere dieser Momente gleichzeitig vorhanden.

C. Schema für ein Gutachten

über eine Person, bei welcher es sich darum handelt, ob dieselbe zur Zeit einer durch das Strafgesetz mit Strafe bedrohten Handlung bewusstlos oder geisteskrank war (Zurechnungsfähigkeitsfrage).

§ 51 des Reichsstrafgesetzbuches:

„Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Thäter zur Zeit der Begehung der Handlung sich in einem Zustande von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befand, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

Dem ...... (Behörde, Privatperson) beehre ich mich das durch Beschluss vom ...... erforderte (gewünschte) Gutachten darüber zu überreichen, ob (Wortlaut des gerichtlichen Beschlusses eventuell die privatim gestellte Frage) ......

Zur Abfassung dieses Gutachtens habe ich von den Acten ...... (eventuell Attesten u. s. w.) Kenntniss genommen und den A. am ...... 1901 in seiner Wohnung (oder wo sonst) untersucht resp. beobachtet.

I. Vorgeschichte.

1. X., geb. am ...... (das Alter wird häufig in den Gutachten vergessen), Beruf, ledig, verheirathet (Kinder).
   Hereditäre Verhältnisse (cf. S. 84 ff.).
   Schule (Angabe, wo er die Schule besucht, wie weit er gekommen, eventuell spätere Examina).
   Leistungen und Entwicklung in seinem Beruf (öfterer Wechsel?).
   Soldat gewesen (Disciplinarstrafen dabei?).
   (Beim weiblichen Geschlecht: Menstruation. Alter, in welchem dieselbe zuerst aufgetreten, ob regelmässig, ob Dysmenorrhoe? Aborte? Geburten?)
   Lebensgewohnheiten: Alkohol, Morphium, Nicotin.
2. Ueberstandene Krankheiten:
   Syphilis? Etwa vorhanden gewesene epileptische oder hysterische Zustände. Verhalten gegen Alkohol. Vorhanden gewesene Geisteskrankheit? Anstaltsbehandlung?
3. Frühere Conflicte mit der Polizei oder dem Strafgesetz. Vorbestrafungen.
4. Die in Frage stehende strafbare Handlung. Schilderung nach den Acten (Angaben der Zeugen u. s. w.).

5. Angabe der Thatsachen eventuell ärztlichen Gutachten, welche den Geisteszustand zweifelhaft erscheinen liessen und Veranlassung für die jetzige Untersuchung wurden.

II. Ergebnisse der eigenen Untersuchung resp. Beobachtung.

1. Der geistige Zustand des Thäters:
   Die Untersuchung geschieht nach der unter A gegebenen Methode.
   Schilderung seines Verhaltens im Allgemeinen, wie seiner speciellen Klagen in Bezug auf seinen geistigen Zustand.
   Geistige Schwäche? Hallucinationen? Wahnvorstellungen? Manische Erregtheit? Melancholische Depression? Stuporöser Zustand?
   Wie stellt sich der Thäter zu den Angaben über seine That?
   Gegenüberstellung der Angaben der Zeugen und der seinigen.
   Behauptet derselbe Amnesie für dieselbe?
   Ist dieselbe angeblich eine allgemeine oder partielle (cf. S. 37)?
   Auf welche Zeit erstreckt sich die Amnesie?
   Wie befand er sich vor, wie nach der That?
   Motiv? Reue? Einsicht in das Unrecht, das er begangen? Ethische, religiöse Gefühle? (S. 3.)
2. Der körperliche Zustand:
   Untersuchung wie unter A angegeben. Schädelform. Erhebliche Zeichen körperlicher Degeneration sind aufzunehmen.
   Von besonderer Wichtigkeit ist es, hier auf Zeichen für etwa vorhanden gewesene epileptische Anfälle (Zungenbiss, Narben auf der Stirn, auf dem Nasenrücken u. s. w.), ferner auf solche des chronischen Alkoholismus (Gefässsystem, Urin, Zittern der Zunge und Hände) zu achten.
   Der Zustand der Pupillen, wie der Sehnenreflexe ist genau in das Gutachten aufzunehmen.

III. Das Gutachten.

Auf Grund des Ergebnisses meiner Untersuchung komme ich zu dem Schluss, dass der X. jetzt geisteskrank ist. Derselbe leidet an (psychiatrische Diagnose). Diese Diagnose gründet sich auf das Vorhandensein folgender krankhafter geistiger und körperlicher Symptome (Aufzählung derselben).

(Eventuell sind hier die zu demselben Resultat kommenden früheren Gutachten zu erwähnen oder die gegentheiligen zu kritisiren. Das Letztere geschehe rein sachlich, nicht etwa überhebend oder die früheren Gutachten herabsetzend. Leider zeigt die Erfahrung, dass dies gesagt werden muss!)

Die Art der Krankheit, das Stadium derselben, das Verhalten des X. nach der Angabe der Zeugen (und Sachverständigen) im Jahre . . . lassen es nicht zweifelhaft, dass die Krankheit bereits vor der in Frage stehenden Handlung vorhanden war und dass sie demnach auch zur Zeit derselben bestanden hat.

Kurz zusammenfassende Schilderung des geistigen Zustandes des Thäters zur Zeit der That:

Bewusstlosigkeit, welche Aufhebung des Selbstbewusstseins bedeutet (S. 51. 59).

Dämmerzustand (epileptisch, hysterisch, alkoholistisch, sinnlose Trunkenheit [S. 91]).

Verworrenheit (S. 49).

Geistige Schwäche (Mangel des sittlichen Gefühls [S. 43. 44]).
Manischer Zustand (Mangel der Ueberlegung [S. 61]).
Hallucinationen.
Depressive Wahnvorstellungen.
Wahnvorstellungen der Selbstüberschätzung.
Paranoische Wahnvorstellungen der Verfolgung.
Pathologische Affecte (S. 45. 46).

Wenn auch das Strafgesetz (gegenüber dem Entwurf desselben) zur Feststellung der Zurechnungsunfähigkeit einen Nachweis des Ursprungs der strafbaren Handlung aus der geistigen Störung nicht fordert, so ist doch die Erörterung der Frage, wie die incriminirte Handlung aus dem krankhaften Zustand entstanden ist, nicht zu umgehen. Man vergl. S. 60. 63.

Die Darlegung des psychologischen Zusammenhangs zwischen Krankheit und Handlung giebt dem Richter hinreichend Material, um selbstständig die Frage nach dem Ausschluss der freien Willensbestimmung zu beantworten, wie es die Motive zum § 51 verlangen.

Die wissenschaftliche Deputation des Ministeriums der Medicinalangelegenheiten beantwortet die Frage nach dem Ausschluss der freien Willensbestimmung, welche keine ärztliche ist, principiell nicht, fügt aber, da der Ausdruck „krankhafte Störung der Geistesthätigkeit" zu unbestimmt ist, diesem ein „im Sinne des § 51" hinzu. Ich selbst verfahre in gleicher Weise. Im Uebrigen beantworten die meisten Sachverständigen die Frage, obwohl sie darin übereinstimmen, dass die Fragestellung zu ändern resp. die Frage nach der freien Willensbestimmung bei einer Revision des Strafgesetzbuchs wegzufallen habe.

Das Gutachten schliesst mit:

Der Angeschuldigte ist zur Zeit geisteskrank, und befand sich auch zur Zeit der Begehung der Handlung in einem Zustande von Bewusstlosigkeit (oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit) im Sinne des § 51 des Reichsstrafgesetzbuches.

Das Gutachten kann aber auch zu folgenden anderen Schlüssen kommen:

1. Der Sachverständige ist nicht in der Lage, ein bestimmtes Urtheil, ob Geisteskrankheit vorhanden ist oder nicht, abzugeben, wenn nicht vorher eine Beobachtung des Thäters in einer Irrenanstalt stattgefunden hat, und begründet den Antrag auf eine solche Beobachtung.

§ 81 der Strafprocessordnung:

„Zur Vorbereitung eines Gutachtens über den Geisteszustand des Angeschuldigten kann das Gericht auf Antrag eines Sachverständigen nach Anhörung des Vertheidigers anordnen, dass der Angeschuldigte in eine öffentliche Irrenanstalt gebracht und dort beobachtet werde."

Es kann aber der Gerichtshof bei bestehenden erheblichen Zweifeln der Zurechnungsfähigkeit sofort zu einer Freisprechung kommen.

Nach einer Entscheidung des Reichsgerichts vom 23. October 1890 muss die Zurechnungsfähigkeit, wie jedes andere Thatbestandsmaterial, dem Angeklagten nachgewiesen werden.

„Entstehen daher nach dem Ergebnisse der Beweisaufnahme begründete Zweifel an der Zurechnungsfähigkeit des Angeklagten, so hat der Richter zu prüfen, ob er gleichwohl noch die Ueberzeugung von dem Erwiesensein jenes Schuldmerkmals erlangt hat, oder ob er wegen Nichterwiesenseins freisprechen muss."

2. Der Angeschuldigte ist nicht geisteskrank und hat auch zur Zeit der Begehung der Handlung sich weder in einem Zustande

von Bewusstlosigkeit noch in einem Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befunden.

Dieses Gutachten muss durch den negativen Ausfall der Untersuchung des jetzigen Zustandes und dadurch begründet werden, dass auch weder nach den Angaben des Angeschuldigten noch nach den in den Acten niedergelegten Thatsachen angenommen werden kann, dass zur Zeit der Begehung der Handlung ein krankhafter Zustand vorhanden gewesen ist.

Sind ärztliche Gutachten vorhanden, welche das Gegentheil behaupten, so ist eine Kritik und Widerlegung derselben erforderlich.

Sucht der Angeschuldigte Symptome einer Geisteskrankheit vorzutäuschen, so ist die Simulationsfrage zu erörtern (S. 109).

3. Der Angeschuldigte ist zur Zeit geisteskrank und aus diesem Grunde verhandlungsunfähig, d. h. er ist nicht im Stande, dem Gange einer Verhandlung zu folgen, in derselben in angemessener Weise sein Recht zu wahren, seine Vertheidigung in verständiger und verständlicher Weise zu führen. (Reichsgerichtsentscheidung vom 8. Januar 1897.)

   Es ist nicht mit Sicherheit zu sagen, ob dieselbe Form von Geisteskrankheit oder eine andere auch zur Zeit der Begehung der Handlung bestanden hat.

   In diesem Fall kann die vorläufige Einstellung des Verfahrens beschlossen werden (§ 103 der Strafprocessordnung).

4. Der Angeschuldigte ist zwar jetzt nicht geisteskrank, hat sich aber zur Zeit der Begehung der Handlung in einem Zustande von Bewusstlosigkeit (oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit) im Sinne des § 51 des Reichsstrafgesetzbuches befunden.

Die psychiatrische Diagnose dieses Zustandes ist anzugeben, und die Kennzeichen sind hervorzuheben, welche diese Diagnose begründen.

Sehr häufig wird es sich dabei um vorangegangene Dämmerzustände (S. 51. 60. 168 u. f. 173. 187) handeln.

5. Der Angeschuldigte hat zwar zur Zeit der Begehung der Handlung sich weder in einem Zustande von Bewusstlosigkeit, noch in einem Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit im Sinne des § 51 des Reichsstrafgesetzbuches befunden; derselbe leidet aber jetzt oder litt zur Zeit der incriminirten Handlung an einem krankhaften Zustand des Nervensystems [1]), welcher sein Handeln in ungünstiger Weise beeinflusste (verminderte Zurechnungsfähigkeit). Der Sachverständige wird in solchem Falle mildernde Umstände zu beantragen haben, oder da, wo dieselben nicht zugelassen sind, wird die Anwendung eines anderen Paragraphen des Strafgesetzbuches möglich sein (statt 211 [Mord] 212 [Todtschlag], statt 153 [Meineid] 163 [fahrlässiger Meineid] u. s. w.).

In Bezug auf das Strafgesetz können noch psychiatrische Gutachten erforderlich werden im Fall des § 176. 2, über die Frage, ob eine Frauensperson, welche zum ausserehelichen Beischlaf gemissbraucht wurde, bewusstlos oder geisteskrank war, und im Falle des § 224 über die Frage, ob eine zugefügte Körperverletzung zur Folge gehabt hat, dass der Verletzte in Geisteskrankheit verfallen ist.

In beiden Fällen wird die Frage, ob bewusstlos oder geisteskrank nach Maassgabe des Ausfalls der Untersuchung (A.) zu beantworten sein.

---

[1]) Hereditarier cf. S. 60, 86, hysterische, zuweilen epileptische, alkoholistische und andere Personen.

D. Gutachten vor dem Civilforum.

1. Dispositionsfähigkeit.

§ 6. 1. Bürgerl. Gesetzbuch: Entmündigt kann werden, wer in Folge von Geisteskrankheit oder von Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag.

Das Gutachten hat nach dem Schema unter C Eingang, Vorgeschichte, Ergebniss der eigenen Untersuchung in Bezug auf den geistigen und körperlichen Zustand zu bringen, wobei besondere Rücksicht unter II 1. auf die Thätigkeit im Beruf, auf das Verhalten in Bezug auf Geldausgaben u. s. w. zu nehmen ist, da die Entmündigung nur dann vorgenommen werden kann, wenn die Person ihre Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag.

Unter Angelegenheiten sind nicht bloss Vermögensangelegenheiten, sondern die gesammten Lebensverhältnisse, z. B. auch die Sorge für die eigene Person, die Sorge für Angehörige, die Erziehung der Kinder und dgl. zu verstehen (Pr. Justiz-Ministerial-Blatt 1899, S. 388)[1]).

Der Begriff der Geistesschwäche ist vom Gesetzgeber nicht definirt worden, mit dem psychiatrischen Begriff ist er nicht zu identificiren.

So lange eine Entscheidung des Reichsgerichts nicht vorliegt, wird man nur dann von Geistesschwäche sprechen können, wenn der Gutachter der Ueberzeugung ist, dass dem zu Entmündigenden die Rechte gelassen werden können, welche das Gesetz dem Geistesschwachen gegenüber dem Geisteskranken reservirt.

Hierher gehören vor Allem: § 112 des Bürgerl. Gesetzbuches: Nach Ermächtigung des gesetzlichen Vertreters mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichts selbstständiger Betrieb eines Erwerbsgeschäfts; § 1304: Eingehung einer Ehe mit Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters; § 2253: Widerruf eines vor der Entmündigung errichteten Testaments.

Das Gutachten wird zu einem oder dem anderen der folgenden Schlüsse kommen:

1. Die untersuchte resp. beobachtete Person ist geistig gesund.
2. Ein bestimmtes Urtheil ist nicht abzugeben, zur Feststellung des Geisteszustandes ist die Beobachtung in einer Heilanstalt (nicht, wie in der Strafprocessordnung, in einer „öffentlichen Irrenanstalt“) erforderlich. (§ 656 I der Civilprocessordnung: Mit Zustimmung des Antragstellers [auf Entmündigung] kann das Gericht anordnen, dass der zu Entmündigende auf die Dauer von höchstens sechs Wochen in eine Heilanstalt gebracht werde, wenn dies nach ärztlichem Gutachten zur Feststellung des Geisteszustandes geboten erscheint und ohne Nachtheil für den Geisteszustand des zu Entmündigenden ausführbar ist ....)
3. X. ist geisteskrank (oder geistesschwach), derselbe ist aber im Stande, seine Angelegenheiten zu besorgen; oder:
4. X. ist geisteskrank (oder geistesschwach) und kann in Folge davon seine Angelegenheiten nicht besorgen.

---

[1]) Auch das Reichsgericht hat unterm 29. October 1900 entschieden, dass nicht bloss die wirthschaftliche Unfähigkeit unter der Nichtbesorgung der Angelegenheiten zu verstehen ist; für die Behinderung für einzelne Angelegenheiten oder für einen bestimmten Kreis würde die Pflegschaft einzutreten haben (§ 1910. 2).

2. Geschäftsfähigkeit.

§ 104: Geschäftsunfähig ist:
1.
2. Wer sich in einem die freie Willensbestimmung ausschliessenden Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befindet, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist.
3. Wer wegen Geisteskrankheit entmündigt ist.

§ 105: Die Willenserklärung eines Geschäftsunfähigen ist nichtig. Nichtig ist auch eine Willenserklärung, die im Zustande der Bewusstlosigkeit oder vorübergehender Störung der Geistesthätigkeit abgegeben wird.

Ein Gutachten über den geistigen Zustand ad § 104. 2. wird sich ganz entsprechend dem über das Vorliegen der Voraussetzung des § 51 des Strafgesetzbuches zu gestalten haben. Die Fragen über Bewusstlosigkeit oder vorübergehende Störung der Geistesthätigkeit (§ 105) fanden ebenfalls dort ihre Besprechung.

Immer wird in diesen Fällen besondere Rücksicht auf die civilrechtlichen Handlungen zu nehmen sein.

3. Ehescheidung.

§ 1569: Ein Ehegatte kann auf Scheidung klagen, wenn der andere Ehegatte in Geisteskrankheit verfallen ist, die Krankheit während der Ehe mindestens drei Jahre gedauert und einen solchen Grad erreicht hat, dass die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben, auch jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen ist.

Von den hier festzustellenden Punkten macht vor Allem die Beantwortung der Frage, ob die „geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben ist", öfters grosse Schwierigkeiten und wird von den Sachverständigen verschieden beantwortet werden. Unzweifelhaft ist diese Aufhebung in dem Zustand des apathischen Blödsinns (S. 103) vorhanden, in welchem das Interesse des Kranken für den Ehegatten und die Familie abgestorben ist. Zweifelhaft wird dies schon bei der Paranoia, bei welcher aber diejenigen Fälle besonders in Betracht kommen können, in denen der Inhalt der Wahnvorstellungen ein der Familie feindlicher, die Verfolgungen von dieser ausgehend angenommen werden, oder durch den Wahn die Persönlichkeit des Kranken eine völlig andere geworden ist.

Bei der durch das Gesetz vorgeschriebenen Dauer, mit welcher eine ununterbrochene gemeint ist, wird die Prognose in Bezug auf die Heilbarkeit erleichtert. In der Regel wird es sich nach solcher Dauer um unheilbare Zustände handeln, aber das Gesetz verlangt nicht die Unheilbarkeit, sondern nur den Ausschluss jeder Aussicht auf Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft.

Sodann ist aber auch an Spätheilung zu denken.

Allgemeine Sätze in Bezug auf die Formen der geistigen Störung, welche die Voraussetzungen des § 1569 geben, lassen sich nicht aufstellen, jeder Fall ist besonders zu erwägen. Periodische und circuläre Formen werden in der Regel jene Voraussetzungen nicht erfüllen.

E. Gutachten, betreffend die socialpolitische Gesetzgebung.

1. Unfallgesetzgebung.

In Betracht kommt die Frage, ob eine bestehende Geisteskrankheit oder eine bereits mit dem Tode (eventuell Selbstmord) beendete Geisteskrankheit durch einen Unfall hervorgerufen oder in ihrem Auftreten und Verlauf beschleunigt worden ist.

Das Gutachten hat sich in derselben Weise, wie oben unter C aus einander gesetzt ist, aufzubauen.

1. Vorgeschichte, wobei ad 4 die Verletzung genau nach den polizeilichen oder richterlichen Feststellungen (Angaben der Zeugen) anzugeben ist und besonders auch die der Verletzung unmittelbar folgenden Erscheinungen hervorzuheben sind. Etwaige gegensätzliche Angaben des Verletzten sind aufzunehmen.
2. Ergebniss der eigenen Untersuchung oder, wenn der Betreffende todt ist, Ergebniss der ärztlichen Gutachten und Zeugenaussagen.
3. Das Gutachten wird zuerst auf Grund des Acteninhalts und der eigenen Untersuchung, eventuell nur des ersteren, wenn der Verletzte todt ist, festzustellen haben, ob der Verletzte geisteskrank ist oder vor seinem Tode war, und nach Bejahung dieser Frage, an welcher Form von Geistesstörung er gelitten hat. Es wird sodann die Frage zu erörtern sein, ob die Geisteskrankheit durch ein Trauma hervorgerufen werden konnte und hervorgerufen worden ist (S. 220—224), resp. ob die Entstehung und der Verlauf derselben durch den Unfall beschleunigt worden ist. In diesem Fall hat das Gutachten zu schliessen, nachdem es auch etwa vorliegende anderweitige Gutachten erörtert resp. kritisirt hat: Der p. p. ist geisteskrank, die bestehende Geisteskrankheit ist mit Sicherheit (oder Wahrscheinlichkeit)[1] auf den am (Datum) erlittenen Unfall ursächlich zurückzuführen; oder: der p. p. ist in einem Zustand von Bewusstlosigkeit (oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit) gestorben und ist dieser Zustand mit Sicherheit (oder Wahrscheinlichkeit) auf den am (Datum) erlittenen Unfall ursächlich zurückzuführen.

Die weitere Frage in Bezug auf die Berechnung der noch bestehenden Erwerbsfähigkeit wird in der Regel bei Geisteskranken keine Schwierigkeit machen.

Ist der Kranke in einer Irrenanstalt, so ist damit die Erwerbsfähigkeit selbstverständlich ausgeschlossen, wenn er auch dort unter der Aufsicht der Anstalt vielleicht einen gewissen Arbeitsverdienst erreicht.

Ebenso wird auch, wenn der Kranke entmündigt ist, von einem nennenswerthen Arbeitsverdienst nicht die Rede sein können. Ein Entmündigter ist auf dem Arbeitsmarkte nur ganz ausnahmsweise concurrenzfähig, er wird einen Arbeitgeber, der die moralische Verpflichtung mit übernimmt, den Entmündigten zu überwachen, kaum finden, sofern die Entmündigung bekannt ist.

Aber auch ohne vorangegangene Entmündigung wird der Geisteskranke selbstständig nur ausnahmsweise Arbeit sich suchen und verschaffen oder die erlangte andauernd sich erhalten können.

---

[1] Die „Wahrscheinlichkeit" genügt für die Entscheidung des Richters, dagegen kann er mit der „Möglichkeit", welche sich sehr oft in den ärztlichen Gutachten findet, nichts anfangen. „Möglich ist Alles!"

Mit wenigen Ausnahmen wird demnach der Geisteskranke als völlig erwerbsunfähig (100% = $66^2/_3$% des Jahresarbeitsverdienstes) zu erachten sein. Für manche Geisteskranke wird eine Erhöhung der Rente nach der Novelle zum Unfallversicherungsgesetz vom 30. Juni 1900 berechtigt sein:

§ 9: Ist der Verletzte in Folge des Unfalls nicht nur völlig erwerbsunfähig, sondern auch derart hilflos geworden, dass er ohne fremde Wartung und Pflege[1]) nicht bestehen kann, so ist für die Dauer dieser Hilflosigkeit die Rente bis zu hundert Procent des Jahresarbeitsverdienstes zu erhöhen.

2. Invalidenversicherungsgesetz.

§ 15. 2 und § 5. 4: Invalidenrente erhält ohne Rücksicht auf das Lebensalter derjenige Versicherte, welcher nicht mehr im Stande ist, durch eine seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechende Thätigkeit, welche ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufs zugemuthet werden kann, ein Drittel desjenigen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen.

Die Feststellung der Geisteskrankheit geschieht auf Grund der Untersuchung, wie sie unter A aus einander gesetzt ist.

Ist die Geisteskrankheit nachgewiesen, so wird mit Rücksicht auf die Ausführungen unter E 1 die Voraussetzung der vorstehenden Bestimmung für Bewilligung der Invalidenrente vorhanden sein.

[1]) „Schon für die gewöhnlichen Leibesverrichtungen auf die Handreichung durch Andere angewiesen ist.“ (Kommissionsbericht zur Novelle S. 29.)



Sachregister.

A.

B.

C.

D.

E.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

S.

T.

